

ILIDIO RODA NEVES

***A TRAJETÓRIA DE MULHERES PORTADORAS
DAS LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS***

CAMPINAS

2003

ILIDIO RODA NEVES

UNIDADE	_____
Nº CHAMADA	_____
V.	_____
EX	_____
TOMBO	_____
BOC	_____
ROC	_____
Q	_____
Q	_____
PROG	_____
DATA	_____
Nº CPD	_____

A TRAJETÓRIA DE MULHERES PORTADORAS DAS LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS

*Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação
da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre
em Saúde Coletiva.*

ORIENTADORA: APARECIDA MARI IGUTI

*Este exemplar corresponde à versão final da
Dissertação de Mestrado, apresentada ao Curso de Pós-
Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências
Médicas da UNICAMP, para obtenção do Título de
Mestre em Saúde Coletiva.*

Campinas, 30 de Abril de 2003.

*Prof. Dra.  Aparecida Mari Iguti
Orientadora*

CAMPINAS

2003

UNIDADE	BC
Nº CHAMADA	T/UNICAMP N414t
V	EX
TOMBO BC/	57928
PROC.	168/117/04
C	☐
D	☒
RAA	RAA.00
DATA	24/5/04
Nº CPD	

CM00197044-3

BIB ID 316065

FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS
UNICAMP

N414t Neves, Ilidio Roda
A trajetória de mulheres portadoras das Lesões por Esforços Repetitivos. / Ilidio Roda Neves. Campinas, SP : [s.n.], 2003.

Orientador : Aparecida Mari Iguti
Dissertação (Mestrado) Universidade Estadual de Campinas.
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Saúde e trabalho. 2. Lesões por esforços repetitivos. 3.
*Gênero. 4. Mulher e trabalho. I. Aparecida Mari Iguti. II.
Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas.
III. Título.

Banca Examinadora da Dissertação de Mestrado

Orientador(a): Profa. Dra. Aparecida Mari Iguti

Membros:

1. Profa. Dra. Aparecida Mari Iguti

2. Prof. Dr. Nilson Fernandes Dinis

3. Profa. Dra. Silvia Maria Santiago

Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da
Universidade Estadual de Campinas.

Data: 30/04/2003

Dedico esta Dissertação aos portadores das Lesões por Esforços Repetitivos, em especial às mulheres, que convivem com as dores e o sofrimento de uma doença “invisível”.

Se eu pudesse resumir em duas frases o que aprendi com minha orientadora nestes dois anos elas seriam:

Para se fazer pesquisa é necessário, antes de tudo, humildade, coragem e disciplina.

Nunca se deve perder de vista o tamanho da sua ignorância. O maior ignorante é aquele que ignora sua própria ignorância.

Muito obrigado, por tudo, Iguti

Esta dissertação é fruto do apoio de muitas pessoas, sem as quais eu não teria chegado até aqui.

Inicialmente, agradeço ao Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de São Paulo pela cessão do material usado nesta Dissertação:

À Andréia, Anna Chiesa, Cesinha, Fabinho, Felipe, Kal, Lúcia, Maria Maeno, Paulo Kaufman, Renata, Rui, Simone, Valdemir, X1's e X2's e a todos os amigos do CEREST.

Às mulheres da minha vida, que tanto me ajudaram e me apoiaram:

À Natacha, minha doce Natacha, que me apoiou e me incentivou nos momentos mais críticos e nos momentos mais alegres;

À Nayara, minha filhinha, que foi tolerante com minha ausência, minha falta de paciência e o monopólio do computador;

A minha Mãe, por tudo e por cuidar da Nayara, da Natacha e de mim neste período;

As minhas irmãs pela força e incentivo.

Ao meu Pai que, mesmo sem entender, me incentivou nesta jornada;

Também agradeço:

Às minhas amigas Rubiani e Silvinha, sem a insistência das quais eu não teria me inscrito no mestrado;

Aos meus amigos de jornada: Ana, Ana Lucia, Carol, Claudia, Gelson, João, Ketlen, Lúcia, Marisol, Mara, Miguel e Rafaela pelo companheirismo e força;

Aos meus professores de Mestrado, que me ajudaram a ter outra perspectiva sobre Ciência e Saúde;

A Leoci por todo o apoio logístico e a amizade;

Aos amigos de moradia André, Adriano, Carolina, Daniel, Fernanda, Henrique, Maria, Sílvia e Silvio pela generosidade e solidariedade;

Aos meus sempre leais e fiéis amigos e companheiros de vida: Adriana, Alexandre, Beth Gato, Cláudia, Dinho, Dorô, Eloísa, Janaína, D. Linda, Mapi, Marlene, Nilson, Patrícia, Ronaldo e Zezé;

À Estevão, Thais e Vera, pelo fundamental apoio na reta final.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES pelo financiamento desta pesquisa.

“...o trabalho não é uma questão, mas é tudo.

A pessoa trabalhando é uma pessoa...”

(Anna Maria Chiesa, na Coordenação do Grupo Oficinas, 1995)

	PÁG.
RESUMO.....	<i>xxxi</i>
ABSTRACT.....	<i>xxxv</i>
1- APRESENTAÇÃO.....	39
2- AS LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS.....	45
2.1- Conceitos.....	47
2.2- A relação com o trabalho e fatores ocupacionais de risco.....	48
2.3- Diagnóstico e aspectos fisiopatológicos.....	59
2.4- Aspectos epidemiológicos e as LER entre as trabalhadoras.....	69
2.5- Impactos.....	87
3- ALGUNS DADOS DO MERCADO DE TRABALHO E AS QUESTÕES DE GÊNERO.....	99
4- OBJETIVOS.....	127
5- UM POUCO SOBRE OS MÉTODOS DE TRABALHO.....	131
5.1- Grupos participantes.....	134
6- RESULTADOS E DISCUSSÃO: A trajetória das mulheres portadoras das LER.....	137
6.1- Dados gerais.....	139
6.2- A relação com familiares e o trabalho doméstico.....	143
6.3- A relação com a empresa e colegas de trabalho.....	148
6.3.1- Mudanças de tratamento, antes e depois do adoecimento.....	160
6.4- Assistência à Saúde e Perícia Médica (INSS).....	171
6.4.1- Serviço Público de Saúde.....	178

6.4.2- O médico da empresa.....	179
6.4.3- Perícia médica.....	181
6.5- Impacto das LER no cotidiano e aspectos Psicossociais.....	185
6.5.1- Dificuldades financeiras.....	185
6.5.2- A dor.....	185
6.5.3- Ausência de melhora e falta de perspectivas futuras.....	188
6.5.4- Limitações e incapacidades.....	189
6.5.5- Aspectos psicológicos.....	192
7- CONCLUSÃO.....	197
8- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	209

LISTA DE ABREVIATURAS

ADP	Ambulatório de Doenças Profissionais
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CAT	Comunicações de Acidentes do Trabalho
CEM	Centro de Estudios de la Mujer
CID	Código Internacional de Doenças
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CRP	Centro de Recuperação Profissional - INSS
CS	Cervicobrachial Syndrome
CTD	Cumulative Trauma Disorders
DIEESE	Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Sócio-Econômicos
DORT	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
DP	Desvio Padrão
EMG	Eletromiografia
FUNDAP	Fundação do Desenvolvimento Administrativo
IBGE	Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
LER	Lesões por Esforços Repetitivos
OC	Occupational Cervicobrachial
OCD	Occupational Cervicobrachial Diseases
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OOS	Occupational Overuse Syndrome

OSHA	Occupational Safety and Health Administration
PAP	Programa de Aprimoramento Profissional
PEA	População Economicamente Ativa
PIB	Produto Interno Bruto
PME	Pesquisa Mensal de Empregos
PNAD	Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PST-ZN	Programa de Saúde dos Trabalhadores da Zona Norte
PTR	Programa de Tratamento e Reabilitação
RAIS	Relação Anual de Informações Sociais do Ministério de Trabalho
RMSP	Região Metropolitana de São Paulo
RSI	Repetitive Strain Injury
SENAI	Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial
SERPRO	Serviço Federal de Processamento de Dados
STC	Síndrome do Túnel do Carpo
SUEDES	Síndrome de Uso Excessivo de Extremidade Superior
TTP	Trabalho de Tempo Parcial
WCB	Workers Compensation Board

	PÁG.
Tabela 1- Distribuição dos principais diagnósticos da amostra, em ordem descendente de frequência - ADP, 1996.....	70
Tabela 2- Frequência de casos aceitos como Lesões por Esforços Repetitivos, por Gênero, 1986-1991, Ontário 1980 e 1990.....	72
Tabela 3- Taxa de Lesões por Esforços Repetitivos entre trabalhadores com benefícios do Conselho de Compensação dos trabalhadores da cidade de Manitoba por grupos ocupacionais em 1991.....	73
Tabela 4- Taxa de Lesões por Esforços Repetitivos entre trabalhadores com benefícios do Conselho de Compensação dos trabalhadores da cidade de Manitoba por grupos de indústrias.....	74
Tabela 5- Taxa de Frequência para Lesões por Esforços Repetitivos, Austrália do Sul entre metade dos anos 1980 e 1990.....	79
Tabela 6- Taxa de Frequência para Lesões por Esforços Repetitivos por Gênero, Austrália do Sul entre 1988 e 1991.....	80
Tabela 7- Taxa de frequência de reivindicações (CFRs) (por 100.000) para Lesões por Esforços Repetitivos, 1986-1991, Ontário.....	82
Tabela 8- Risco Relativo (Mulheres/Homens) para LER selecionado por Ocupações, Ontário, 1986-1991.....	83
Tabela 9- Média de tempo afastado e custo dos casos das LER, possíveis LER e não – LER segundo o Conselho de Compensação dos Trabalhadores de Manitoba, Canadá, 1991.....	96
Tabela 10- Taxas de atividades femininas segundo faixas de idade.....	111

Tabela 11-	Taxas de Desemprego, por Sexo, na Região Metropolitana de São Paulo, 1985-2000.....	113
Tabela 12-	Rendimento dos ocupados, segundo o sexo, setores de atividade selecionados, jornada de trabalho e escolaridade de nível superior - Brasil, 1998.....	125
Tabela 13-	Distribuição dos participantes dos grupos por Setores Produtivos (n=42).....	140
Tabela 14-	Distribuição dos participantes dos grupos por ramos de atividade (n=37).....	140
Tabela 15-	Distribuição dos participantes dos grupos por Função (n= 33).....	141

LISTA DE QUADROS

	<i>PÁG.</i>
Quadro 1- Distúrbios, sintomas, sinais e fatores de risco associados às LER.....	65
Quadro 2- Histórico das LER.....	66
Quadro 3- Temas e atividades desenvolvidas nas Oficinas Terapêutico-Pedagógicas.....	136



RESUMO

NEVES, I.R. **A trajetória de mulheres portadoras das Lesões por Esforços Repetitivos** São Paulo; 2003. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas].

O objetivo deste estudo é reconstituir a trajetória de trabalho de portadoras de Lesões por Esforços Repetitivos, através de relatos de 4 grupos terapêuticos ocorridos no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de São Paulo, entre os anos de 1995 e 1997. Esses grupos trazem considerações sobre as relações com os familiares, com os parentes e os amigos, com a empresa e com os colegas de trabalho, com a assistência à saúde e a previdência social e os impactos da doença sobre a vida cotidiana.

Trata-se de um estudo descritivo-exploratório. São identificados os temas recorrentes, eixos centrais das discussões, ocorridos nos encontros e transcritos trechos de falas que sintetizam os seus significados, e ordenados de forma a constituir um corpo de idéias, um discurso coletivo.

Participam dos grupos 48 trabalhadores (sendo 42 mulheres), a grande maioria pacientes crônicos, com mais de 2 anos de afastamento do trabalho, dos setores de serviços e da indústria, em funções como caixa, operário, digitador e telefonista/recepcionista.

Entre os relatos das trabalhadoras se observa que, tal como na literatura, se encontram focadas nos postos tradicionalmente considerados femininos.

Concluimos que, para estes grupos, as LER não são uma questão de gênero, mas de organização do trabalho. O adoecimento ocorre em decorrência da forma como essas trabalhadoras são exploradas, se empenham em cumprir às exigências por produtividade e competitividade e por se submeterem às regras e normas impostas pelas empresas. Os homens participantes dos grupos vivenciam situações análogas diferenciando-se na relação com o trabalho doméstico. Elas sentem-se traídas pela empresa e com um apoio inconstante da família e dos amigos, que não compreendem a doença que, apesar de crônica, raramente deixa sinais.

Nas instituições de saúde e previdência social, das quais esperavam orientação e ajuda para enfrentar o problema, o que encontram é mau atendimento, falta de informações adequadas e desrespeito. Elas reivindicam um serviço que as veja como ser humano em toda a dimensão biopsicossocial, que possa ser acolhido no seu sofrimento, que ouça o que têm a

dizer sobre sua dor, que possa explicar o seu problema de saúde, as formas de tratamento e o seu prognóstico. O que querem é estabelecer com os profissionais de saúde uma relação de parceria que as leve a se apropriar do seu cuidado e diminua seu sofrimento.

A dor constante é motivo de sofrimento tanto físico como mental, o que permeia todas as relações e interfere no humor, no relacionamento com as outras pessoas, no modo como se vêem e na visão sobre o futuro. Têm muitas dificuldades para enfrentar a situação de portadoras das LER e de encontrar alternativas para o dia-a-dia. Sentem-se incapazes, impotentes e limitadas em sua condição atual.

Descritores: Saúde e trabalho. Lesões por esforços repetitivos. Gênero. Mulher e trabalho



ABSTRACT

NEVES, I.R. **The trajectory of women suffering from Repetitive Strain Injuries.** São Paulo: 2003. [Master's dissertation – Faculty of Medical Sciences of the State University of Campinas, UNICAMP.]

The objective of this study is to reconstruct the working trajectory of individuals suffering from Repetitive Strain Injuries (RSI), based on the reports of four therapeutic groups conducted at the Worker's Healthcare Referral Center in the State of São Paulo (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de São Paulo), between 1995 and 1997. These groups bring considerations about their relationship with their family, relatives and friends, with their company and workmates, with the Social Welfare and Healthcare services, as well as the impact of the disease on their daily routine.

This is an exploratory-descriptive study. The recurring themes and the main issues of the meetings were identified, and fragments of speeches that synthesize the discussions were transcribed in order to create a body of ideas, a collective discourse.

Forty-eight workers participated in the groups (forty-two of them women). The great majority of them were chronic patients who had been away from work for over two years. They came from the service and the manufacturing industries, having worked in functions such as cashiers, manual laborers, computer and telephone operators and receptionists.

From the women's reports it is possible to observe that, as in the literature, these injuries are focused on jobs traditionally considered as feminine.

We can conclude that for these groups, the RSI is not a matter of genre, but of work distribution. The injuries occur due to the way these women are exploited, the effort they make to fulfill demands for productivity and competitiveness and the way they submit themselves to the rules and norms imposed by companies. The male participants experience analog situations, differentiating in the relation with the housework. The women feel betrayed by the company and have an inconstant support from their family and friends, who do not understand their disease as a chronic disease, since it rarely displays outward signs.

At the Social Welfare and Healthcare Institutions, from which they expected orientation and help to solve the problem, they only find poor service, lack of adequate information and disrespect. They claim a service that treats them as human beings in a bio-psychosocial dimension, that comforts them in their suffering, that listens to their complaints of pain,

with professionals able to explain their health problem to them, as well as the adequate treatment and prognosis. What they want is to establish a relationship of partnership with the healthcare professionals in order to benefit from this interaction, lessening their suffering.

The constant pain is the reason for the physical and mental suffering, which interferes in their relationships, sense of humor, self-assessment and in their views of the future. They have many difficulties in overcoming this condition and finding alternatives for their daily routine. They feel incapable, restricted and impotent because of their present condition.

Key Words: Health and work. Repetitive strain injuries. Gender. Women and work.



1. APRESENTAÇÃO

Mulher de Aço: o cotidiano de exploração do trabalho e da produção das LER

Anice migrante, casada, mãe de duas filhas, moradora do Município de São Paulo, aos 27 anos, em 1992, viu-se obrigada a trabalhar. Seu marido, encarregado de qualidade, havia sido demitido de seu posto e estava há mais de seis meses desempregado.

Conseguiu um trabalho numa pequena confecção terceirizada de uma grife famosa de roupas Jeans. Fez de tudo: enfiadeira, alinhando o tecido sobre a mesa para ser cortado, cortadeira, prensista de passar roupa a vapor, travetista, colocando o travete do passante em calças, costura reta e fechadeira de calças. Foi apelidada de *Mulher de Aço* por sua força física, resistência, força de vontade e facilidade de aprender a fazer de tudo.

Tinha um salário básico baixo e ganhava adicional por produção, foi estimulada a trabalhar por jornadas superiores a 12 horas por dia, até 16 horas em períodos de pico de produção.

A perspectiva de ascensão profissional a entusiasmava e mesmo o cansaço não a impedia de continuar a trabalhar.

As dores começaram um ano após a admissão na empresa. No início, era um cansaço nos ombros. Depois foram os braços, pulsos e mãos e começou a sentir dores. Para piorar a situação, dores no estômago (O médico receitava Buscopan, que pouco adiantava). Doía mais e não só no trabalho, mas também nas atividades domésticas, na hora de dormir, nos fins de semana. Veio o primeiro afastamento, de 15 dias.

Mais 2 meses de trabalho e já não podia manter o ritmo. Seu prestígio desapareceu. O chefe reclamava a todo o instante, as colegas olhavam-na desconfiadas. As piadinhas e os comentários eram freqüentes, como se desconfiassem do seu adoecimento. E veio outro afastamento por mais um mês.

Neste período piorou. Dores mais fortes, os movimentos mais difíceis, ficou irritada, tinha dificuldade para dormir. Pediu auxílio-doença ao INSS, que foi negado, e ela teve que retornar ao trabalho.

Mais um mês de trabalho, novamente afastada, por 15 dias. No retorno a demissão.

Perdeu o direito ao convênio médico particular, foi para a rede pública de saúde. Passou por ortopedistas, reumatologistas, ginecologistas, psiquiatras, psicólogos, fisioterapeutas e assistentes sociais. A cada novo profissional que procurava era dado um novo diagnóstico, novos exames, testes e tratamentos. E a dor persistia.

Na fila do INSS conheceu outras trabalhadoras que eram atendidas pelo CEREST (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador).

E assim chegou ao serviço: deprimida e confusa. O que sabia era que tudo doía: seus braços, ombros, mãos... e que não conseguia fazer mais o que fazia antes. Não conseguia cuidar das atividades domésticas nem cuidar sozinha da sua higiene pessoal. Contava apenas com o apoio das duas filhas e do marido. Esta é uma história semelhante a muitas outras que encontramos cotidianamente e foram vivências que despertaram o meu interesse de aprofundar os estudos das relações entre o trabalho e a saúde.

Minhas atividades relacionadas à Saúde do Trabalhador reportam-se a minha participação, como psicólogo, do Programa de Aprimoramento Profissional do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de São Paulo, onde me especializei durante os anos de 1996 e 1998.

O CEREST é um órgão da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, originado do Programa de Saúde dos Trabalhadores da Zona Norte (PST-ZN). Tem por atribuição ser um serviço de referência técnica a outros serviços de saúde, sobretudo às secretarias municipais. Para tanto desenvolve ações de vigilância em ambientes de trabalho, assistência, pesquisa e formação continuada de profissionais. A equipe é composta por psicólogos, fisioterapeutas, engenheiros, fonoaudiólogos, médicos, terapeutas ocupacionais e enfermeiros (CEREST, 1996).

O Programa de Aprimoramento Profissional (PAP), administrado pela Fundação do Desenvolvimento Administrativo (FUNDAP), órgão do governo do Estado de São Paulo, faz parte das atividades de desenvolvimento e qualificação do CEREST para a

área, com duração de dois anos e carga horária de 40 horas semanais. Participam profissionais recém-formados das áreas de psicologia, fonoaudiologia, fisioterapia e terapia ocupacional.

O aprimorando realiza atividades teórico-práticas (aulas, visitas a empresas, redação de relatórios técnicos, entrevistas com usuários do serviço, acompanhamento de atendimentos etc.), pesquisa e atendimento à população.

Em função das necessidades dos portadores das LER, o CEREST criou o Programa de Tratamento e Reabilitação das LER (PTR). No programa, o trabalhador passa por avaliação médica, fisioterapia, atividades terapêuticas de grupo (trabalho corporal, condicionamento físico, grupo informativo e oficinas terapêutico-pedagógicas).

As principais atividades psicoterapêuticas desenvolvidas no PTR são: o grupo qualidade de vida e as oficinas terapêutico-pedagógicas. O espaço grupal permite estabelecer um vínculo de solidariedade entre os participantes que possibilita a manifestação de sentimentos e pensamentos que de outra forma não encontrariam expressão.



2. AS LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS

2.1- CONCEITOS

Encontramos em nossa pesquisa vários conceitos do que seriam as LER. Estes variam de acordo com o tipo de estudo conduzido, o país em que foi desenvolvido e a linha de pesquisa dos autores.

MALCHAIRE, COCK e ROBERT (1996) consideram as LER um termo coletivo para um conjunto de síndromes que ocorrem em músculos, tendões e outros tecidos moles, que podem ou não apresentar manifestação física, causando dor, desconforto, enfraquecimento ou perda de movimentos. SETTIMI et al. (2001b) observam que este conjunto de doenças ou distúrbios está relacionado, comprovadamente ou não, ao trabalho e atinge o sistema músculo-esquelético, principalmente ombros, braços, antebraços, pulsos, mãos e o pescoço. Resultado de microtraumas ocasionados pelo uso abusivo do trabalho muscular (PRATI et al., 1999), *decorrente, de forma combinada ou não, do uso repetido e/ou forçado de grupos musculares e a manutenção de postura inadequada*” (BRASIL, 1993, p.7).

ROCHA, PAES e SOBANIA (1986) acrescentam que as lesões músculo-tendinosas ou neurovasculares dos membros superiores são também causadas pela manutenção de posturas contraídas que levam à queda de produtividade, perda de movimentos, dor e fadiga.

Para YASSI (1997), podem afetar também, apesar de mais raramente, os membros inferiores. Apresentam uma evolução de caráter insidioso, complexo, que envolve múltiplos fatores como o trabalho por longos períodos sem pausa, movimentos repetitivos, fortes e monótonos, posições de trabalho e posturas inadequadas, o uso de ferramentas vibratórias e fatores organizacionais de intensificação do trabalho que não levam em conta a diversidade de características físicas, psíquicas e sociais dos trabalhadores.

O Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) na revisão de suas normas técnicas em 1998, definiu as LER como uma “síndrome clínica”:

... caracterizada por dor crônica, acompanhada ou não por alterações objetivas e que se manifesta principalmente no pescoço, cintura escapular e/ou membros superiores em decorrência do trabalho (...) são patologias, manifestações ou síndromes patológicas, que se instalam insidiosamente em determinados segmentos do corpo, em consequência do trabalho realizado de forma inadequada (BRASIL, 1998, p. 3).

Nos países anglofônicos este grupo de transtornos recebe denominações como *Work Related Musculoskeletal Disease (WRMD)*, *Cumulative Trauma Disorders (CTD)*, *Repetitive Strain Injury (RSI)*, *Occupational Overuse Syndrome (OOS)* e *Occupational Cervicobrachial Diseases (OCD)*, no Japão e Suécia são conhecidos como *Cervicobrachial Syndrome* ou *Occupational Cervicobrachial* (YASSI, 1997).

2.2. A RELAÇÃO COM O TRABALHO E FATORES OCUPACIONAIS DE RISCO

O estudo de distúrbios nos membros superiores e sua relação com o trabalho não é recente. RAMAZZINI (1999), considerado o pai da medicina do trabalho, descreveu em seu livro *Doença dos Trabalhadores* publicado em 1700, no capítulo *Doença dos escribas e notários*:

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

Conheci um homem, notário de profissão que ainda vive, o qual dedicou toda sua vida a escrever, lucrando bastante com isso; primeiro começou a sentir grande lassidão em todo o braço e não pôde melhorar com remédio algum e, finalmente, contraiu uma completa paralisia do braço direito. A fim de reparar o dano, tentou

escrever com a mão esquerda; porém, ao cabo de algum tempo, esta também apresentou a mesma doença. Em verdade martiriza os operários o poderoso e tenaz esforço do ânimo, necessitando para o seu trabalho grande concentração de todo o cérebro, contenção dos nervos e fibras... (RAMAZZINI, 1999, p.235-6)

No capítulo "Doenças dos que trabalham em pé", fala do trabalho em posição estática, com movimentos inadequados:

...a posição dos membros, dos movimentos corporais inadequados, que, enquanto trabalham, apresentam distúrbios mórbidos tais como os operários que passam o dia de pé, sentados, inclinados, encurvados, correndo, andando a cavalo ou fatigando o seu corpo por qualquer outra forma.

(...) A importância da distensão dos músculos para demorar o movimento natural do sangue pode experimentar qualquer pessoa, em si mesma, ao constatar quão lento fica seu próprio pulso, se é tomado com o braço distendido. (RAMAZZINI, 1999, p.159)

No caso do trabalho em tecelagem, no qual também o homem exerce este ofício, nos diz:

Também os tecelões dedicados sobretudo a tecer panos, se não são robustos e musculosos, serão atingidos gravemente de lassidão, especialmente nos braços, espáduas e pés. (RAMAZZINI, 1999, p.242)

O tratamento recomendado pelo autor é a diminuição da quantidade e velocidade das tarefas. Usa as palavras “moderação” e “não demasiado”.

Essa longa citação tem como intuito mostrar que o conhecimento dos riscos do trabalho com movimentos repetitivos de braços e mãos à saúde existe há muito tempo. Até antes de RAMAZZINI, sabia-se que o trabalho braçal e o esforço bruto causavam lesões osteomusculares, a novidade que se apresenta é o fato de que os movimentos leves e contínuos também podem levar a lesões dos mesmos tecidos. Sintomas semelhantes às LER foram posteriormente identificados entre telegrafistas, em 1908, na Grã-Bretanha, e em 1918, na Suíça, entre datilógrafos e telefonistas, ambos os casos inicialmente reconhecidos como doenças do trabalho, sendo posteriormente questionado o nexo (RIBEIRO, 1999).

A “Tenossinovide traumática” foi descrita por WATSON-JONES, em 1945, causada pela repetição constante dos mesmos movimentos, de pronação e supinação dos antebraços como os presentes no trabalho dos pintores e outros que exigem movimentos de apreensão, em 1961, PERROT identifica na Austrália fatores de risco aos membros superiores relacionados ao trabalho repetitivo (ROCHA, PAES e SOBANIA, 1986). As LER foram reconhecidas pela Organização Internacional do Trabalho (OIT), comitê assessor para Profissionais e Trabalhadores Assalariados, como uma doença ocupacional, resultante do trabalho em ocupações mecanizadas desde 1960 (ASHBURY, 1995).

Não obstante as LER já existirem, com outras denominações, há muito tempo, elas são emblemáticas do atual ciclo de desenvolvimento e crise do capitalismo pós 2º Guerra Mundial, tendo o número de casos crescido de forma acelerada após os anos 1970 com as mudanças tecnológicas e organizacionais ocorridas (RIBEIRO, 1999), como por exemplo na indústria automobilística onde revisão bibliográfica feita por LANDSBERGIS, CAHILL e SCHNALL (1999) do período de 1976 a 1998 mostra que a intensificação do trabalho ocasionou aumento da tensão e dos riscos de distúrbios esqueléticos entre os trabalhadores.

As publicações sobre estes distúrbios vão ter um maior destaque na área de Saúde do Trabalhador a partir da década de 1980 (MC DIARMID, OLIVER, RUSER e GUCER, 2000), sobretudo com a “*epidemia*” de casos ocorridos no Japão, Austrália, Inglaterra, Países Escandinavos e Estados Unidos (BRASIL, 1998).

QUINTNER (1995) conta que as Lesões por Esforços Repetitivos tiveram grande visibilidade na Austrália. País que até a década de 1970, negligenciava tanto o crescimento da necessidade de ações de saúde nas empresas, quanto as LER, que já existiam, apesar das reclamações de dor em mãos, pulsos, ombros e pescoço serem ascendentes, sobretudo entre as trabalhadoras, tanto nas fábricas como nos escritórios. Em 1978, observou-se uma rápida elevação no número de casos de distúrbios como sinovites, bursites e tenossinovites ocorridos na indústria manufatureira.

A epidemia, que explodiu na década de 1980, não era privilégio da Austrália. Com exceção do Japão, onde a saúde ocupacional era sutilmente mais avançada, a situação era a mesma na Inglaterra, Escandinávia e nos EUA, que em 1983 considerou as LER como uma das 5 principais categorias de doenças e acidentes do trabalho (WARREN et. al., 2000).

HOCKING (1987), em sua pesquisa sobre a epidemia das LER da Telecom da Austrália, resgata um caso ocorrido no Japão da década de 1960, na Nippon Telefones e Telégrafos. A empresa, na época com uma média de 50.000 telefonistas, tinha registrado, em 1960, menos de 200 casos. Entre 1964 e 1965, no auge da epidemia, eram mais de 3.200, havendo um declínio com a implantação de fones de ouvido de baixo peso, entre seus funcionários. Não obstante, a Austrália já utilizava este tipo de equipamento na década de 80, o que impede de estabelecer uma relação de causa e efeito entre novas tecnologias e aumento/diminuição no número de casos. Deve-se levar em conta a forma como a tecnologia é implantada e o impacto que se estabelece e se não há uma mudança de política e ideologia de trabalho embutidas.

GUN e JEZUKAITIS (1999), ao estudar o caso australiano, dividem-no em dois momentos: a década de 1980 e 1990.

Na década de 1980 esta epidemia chamou atenção das autoridades australianas, uma vez que atingia uma população de profissionais até então considerada de baixo risco: trabalhadoras de escritório, a sua maioria digitadoras, notadamente o setor público, que apresentavam sintomas como dor severa, parestesia, hiperestesia e alodinia (dor devido a um estímulo que normalmente não provoca dor). A Comissão de Segurança e Saúde Ocupacional australiana, em seu código de práticas, identificou as LER como de causa biomecânica. A falta de sinais físicos, como evidência para muitos casos das LER, levantou uma grande polêmica sobre a sua real existência. Alguns profissionais de saúde chegaram a associá-la a uma forma de "*histeria epidêmica*" ou "*neurose profissional*". QUINTNER (1995) cita como exemplo SHARROD e BELL que viram nas LER o ressurgimento de uma entidade psiquiátrica descrita no século 19 como "*neurose de arte*", mas agora incidindo preferencialmente em mulheres jovens, em vez de homens de meia-idade como fora

descrito naquela ocasião. Alegavam, sem apresentar evidências, que não existia base patológica para as LER.

Entre aqueles que duvidavam da sua real existência havia o argumento de que, mesmo em países que viveram um forte crescimento tecnológico como o que passava a Austrália, não se tinha notícias de um crescimento no número de casos de distúrbios músculo-esqueléticos como este. Outros, opostos a esta visão, apontavam que o forte crescimento tecnológico teria acelerado os ritmos e movimentos dos trabalhadores e os obrigado a trabalhar com posturas inadequadas. Citam um relatório do Reino Unido onde, em 1951, foram registrados 544 casos de tenossinovite relacionada ao trabalho em homens, tendo 307 casos ocorridos em uma única fábrica e um estudo comparativo de HOPKINS entre Austrália e EUA descrevendo eclosão semelhante de casos das LER entre trabalhadores do serviço postal e da indústria de processamento de carne americana. Na Austrália, FERGUSON já tinha observado casos em telegrafistas e trabalhadores de processo na década de 1970. Os estudos sobre a epidemia das LER, na década de 1980, apontam para a necessidade de compreensão desta síndrome para além dos fatores biomecânicos, incluindo os aspectos psicossociais como fundamentais para a sua origem.

A frequência das LER nos anos de 1990, na Austrália, não recuou. No entanto, não representaram mais uma epidemia, mas sim uma endemia, em que os aspectos biomecânicos, psicossociais e sociológicos deviam ser analisados em conjunto (GUN e JEZUKAITIS, 1999).

No Brasil, as Lesões por Esforços Repetitivos foram inicialmente descritas como tenossinovite ocupacional, em 1973 identificadas em lavadeiras, limpadoras e engomadeiras. Na década de 1980, iniciam-se os debates sobre sua ocorrência em digitadores, que levaram o Ministério da Previdência e Assistência Social a criar a Portaria nº 4.062 de 6 de agosto de 1987 reconhecendo a tenossinovite como doença do trabalho (BRASIL, 1998). ROCHA, PAES e SOBANIA (1989) publicaram, em 1986, um trabalho sobre digitadores do Serviço Federal de Processamento de Dados (SERPRO); na mesma época o sindicato ligado aos trabalhadores da área de processamento de dados do Rio Grande do Sul detectou um grande número de casos de trabalhadores que apresentavam dores nos membros superiores. Em 1992, após grande pressão dos sindicatos,

principalmente dos Bancários, Metalúrgicos, Processamento de Dados e dos profissionais de saúde pública, as Secretarias de Estado da Saúde de São Paulo e de Minas Gerais reconheceram as LER como doenças relacionadas ao trabalho, estabelecendo formas de tratamento e prevenção (ASSUNÇÃO e ROCHA, 1993). E o INSS, em 1993, estabelece as suas normas técnicas para o pagamento de benefícios previdenciários aos trabalhadores portadores destas lesões, que foram revistas em 1998.

Fatores ocupacionais de risco

São considerados fatores de risco ocupacionais ambientes de trabalho e estressores físicos que possam levar os trabalhadores a sofrer lesões ou doenças no sistema músculo-esquelético. Fatores como:

- movimentos 
 - repetitivos
 - rápidos
 - fortes
- carga muscular estática;
- tensão mecânica;
- vibração;
- extremos de temperatura;
- trabalho sedentário
- posturas inadequadas decorrentes de equipamentos, ferramentas ou estações de trabalho projetadas de forma inadequada e;
- organizacionais: taxas excessivas de trabalho, jornada, velocidade imposta por agentes externos (ex. filas de clientes em um serviço de atendimento bancário), número de pausas insuficientes e de curto período, trabalho monótono, sem variação de tarefas, pressão produtiva (YASSI, 1997), dupla jornada de trabalho, excesso de horas extras (PRATI et al) e “*relações opressivas, embora sutis, de subordinação*” (RIBEIRO, 1999).

Os trabalhadores após o primeiro afastamento por LER apresentam maior frequência de novos afastamentos e requerem mais modificações no posto de trabalho do que outros casos de doenças ocupacionais ou relacionadas ao trabalho (YASSI, SPROUT e TATE, 1996).

MALCHAIRE, COCK e ROBERT (1996) definem *repetitividade* como quantidade de movimentos praticados num determinado tempo. Adotando o mesmo critério para caracterizar trabalho altamente repetitivo o definiram como sendo aquele que ocorre num ciclo de tempo inferior a 30 segundos ou "*mais de 50% do ciclo envolvendo performance da mesma espécie de ciclos fundamentais*". CHIANG et al. (1993) utilizam como definição de trabalho de alta força aquele em que a estimativa média de força da mão é superior a 3 quilos.

Nos Estados Unidos, a partir da década de 1980, as LER passaram a ser verificadas em maior frequência na indústria manufatureira, sendo atribuídas pela OSHA (Occupational Safety and Health Administration) ao aumento da produção, expondo os trabalhadores a um maior risco ergonômico e de movimentos repetitivos (MESERVY, SURUDA, BLOSWICK, LEE e DUMAS., 1997).

FRANSSON-HALL, BYSTRÖM e KILBOM (1995), em estudo sobre a prevalência das LER entre operários de uma montadora de automóveis, encontraram sintomas em mãos, pulsos e antebraços significativamente mais elevado entre os operários do que entre o grupo controle. Os trabalhadores relatavam alta frequência de movimentos manuais de precisão em mãos e dedos (durante mais de 4 horas diárias) comparados aos controles (1,2 hora para homens e 3,6 horas para mulheres), trabalho com pulso em desvio de posição, vibração e movimentos de precisão (movimentos de pinça).

Dentre bibliotecários pesquisados por BARROS (2001), 74,19% (mulheres), apresentaram queixas em relação as condições físicas (iluminação insuficiente e ruído excessivo), mobiliário e equipamentos inadequados, excessivo volume de trabalho e de controle sobre os índices de produtividade (que impediam o uso das pausas programadas), ambiente social: relação com chefia autoritária, pressão da clientela por atendimento veloz.

BIRD e HILL (1992) encontraram uma relação entre as tarefas realizadas e os sintomas apresentados. Erguer caixas pesadas causou sintomas nos ombros, enquanto enrolar pacotes relativamente grandes de biscoitos, sintomas no antebraço e o uso repetido dos dedos para unir pacotes de biscoitos, sintomas nos pulso e nos dedos.

Estudo sobre prevalência de distúrbios músculo-esqueléticos em pulsos e a relação com os ângulos, força, repetitividade e velocidade dos movimentos, em 335 trabalhadores de 9 postos de trabalho, concluiu que o fator mais significativo para este tipo de distúrbio está relacionado à força e ao ângulo no desvio radial ulnar e sugere um redesenho ergonômico das ferramentas para diminuir o risco de movimentos inadequados e incômodos aos trabalhadores (MALCHAIRE, COCK e ROBERT, 1996).

FERREIRA, CONCEIÇÃO E SALDIVA (1997) em estudo desenvolvido com trabalhadoras de um serviço de *CALL CENTER* de banco em São Paulo, encontraram, em sua análise estatística de regressão linear múltipla, uma associação significativa entre LER e pressão por tempo no trabalho e descanso/horário de trabalho.

Em seu estudo de corte transversal com usuários de terminais de vídeo em uma empresa jornalística canadense, POLANYI et al. (1997) identificam, a partir do modelo de regressão logística, que trabalhadores que enfrentam frequentemente prazos finais, altas demandas psicológicas, trabalho acelerado e conflito de demanda tinham baixa habilidade para lidar com situações de crise, baixo suporte social, passavam longos períodos digitando ou tinham a tela do terminal de computador ajustada de forma inadequada ao usuário reportavam sintomas mais severos das LER.

Os trabalhadores relataram como fatores ergonômicos e psicossociais de risco as LER:

- Fatores ergonômicos: equipamentos não ajustáveis, postura inadequada e o uso de computadores. Alguns relatos sugerem que mudanças ergonômicas não têm melhorado as condições de trabalho porque as opiniões dos empregados não são consideradas.

- Fatores psicossociais: controle do trabalho, baixo nível de decisão, tarefas inflexíveis e inflexíveis intervalos para pausa, relações de trabalho (baixo ou alto nível de contato com os colegas) e baixo nível de apoio dos colegas.

Estudo de caso controle conduzido por ENGLISH et al. (1995), no Reino Unido, com pacientes de três clínicas ortopédicas, encontrou associações entre o risco de distúrbios nos membros superiores, trabalho e gênero¹. As mulheres tiveram risco de lesão de pulso e antebraço 75% mais elevado do que os homens. Faxineiras e domésticas apresentaram maior risco de lesões no pulso e antebraço, cabeleireiras e operadoras de máquina um maior risco de gânglios. Entre os homens, os eletricitistas apresentavam um maior risco de lesão no pulso e no antebraço.

O risco de lesão de polegar, pulso e antebraço aumentava à medida que a altura dos pacientes diminuía. Aumentou entre 100% e 113% a cada 10 cm a menos de altura. Os autores levantaram a hipótese de este fato estar relacionado ao uso de equipamentos de tamanho-padrão por pessoas de baixa estatura (ENGLISH et al., 1995).

SANTOS FILHO e BARRETO (2001), estudando os cirurgiões dentistas (composta por 66% de mulheres e 33% de homens), detectaram que um maior número de dentistas de baixa estatura declaravam mais dores nos ombros do que os dentistas de maior altura. *“A associação inversa entre queixa de dor no ombro e altura dos indivíduos poderia também ser explicada pelo menor esforço dos dentistas de maior estatura, requerido para o alcance e manuseio de instrumentos e do próprio paciente.”* (p.189)

¹ Usaremos em nossa tese o termo gênero por considerarmos mais adequada a discussão do lugar de homem e mulher na sociedade. Os papéis sexuais são uma construção social, cultural e histórica do sexo biológico e representam os poderes e os espaços hierarquicamente distribuídos na sociedade. Estas relações de poder atravessam as relações familiares, políticas, econômicas e de trabalho. Segundo OLIVEIRA e BARRETO (1997, p.82) *“O uso da categoria gênero nos estudos e pesquisas na área da saúde no trabalho contribui e alarga a compreensão da complexidade dos fatores que neste caso intervêm, introduz a dimensão de poder crivada pela desigualdade sexual para explicar os diferentes impactos que a exposição aos mesmos riscos químicos, ergonômicos e psíquicos nos locais de trabalho provocam no homem e na mulher. No caso do nosso estudo sobre as LER, a categoria de gênero evidencia com muita clareza a diferenciação dos impactos sobre a saúde das mulheres e dos homens lesionados.”*

Para HAUFLER, FEUERSTEIN e HUANG (2000) situações estressantes, como medo de ser demitido por mudanças tecnológicas, o trabalho rotineiro, a falta de controle do seu trabalho e a pressão produtiva estariam relacionados com as LER. Os trabalhadores sintomáticos das LER continuavam suas atividades para conseguir uma alta produtividade e com medo de represálias. Isso levaria ao agravamento dos casos, com perda da capacidade produtiva e da qualidade de vida. Os sujeitos sintomáticos que trabalharam por maior período de horas, maiores taxas de estresse e sobre maior risco ocupacional apresentaram níveis mais elevados de dor durante a semana de trabalho, o que sugere uma associação entre horas trabalhadas e dor.

Estes fatores não são independentes, ocorrem simultaneamente e integram-se mutuamente. A presença em maior número intensifica a possibilidade de ocorrerem lesões (BRASIL, 1998). HAUFLER, FEUERSTEIN e HUANG (2000) observaram que fatores psicossociais interagindo com fatores de exposição física aumentam a gravidade dos sintomas. Foram encontradas alterações elevadas nos exames de eletromiografia (EMG) em sujeitos sintomáticos. Estressores psicossociais podem levar a um aumento da carga estática nos membros superiores resultando em baixos níveis de contração muscular. *“Esta resposta poderia exacerbar subseqüentes sintomas/distúrbios. Finalmente, o estresse influencia respostas neuroendócrinas que podem impedir o processo curativo normal, prolongando potencialmente o desconforto e a dor”*, apontando para a relação entre estresse, dor e risco ocupacional.

Da mesma forma, VALLS-LLOBET (1997) observa através dos resultados do eletromiograma (EMG) que o estresse mental induz a tensão muscular e a soma deste com a sobrecarga física aumenta os riscos das lesões.

Apesar de a maior divulgação das lesões ter permitido aos trabalhadores um maior acesso à informação e à reclamação de seus direitos, a elevação no número de casos das LER está relacionada também:

- À tendência de segmentação e da introdução de novas tecnologias de produção que possibilitam que as empresas, sobretudo as indústrias, reduzam a necessidade de elevada força física no trabalho e a complexidade das tarefas, tornando o trabalho ainda mais mecanizado e as tarefas mais

simples, aumentando a repetitividade dos movimentos muitas vezes sem atenção aos aspectos ergonômicos;

- Ao aumento da competitividade de uma economia de dimensões globais;
- À insegurança no emprego;
- Ao aumento no número de postos de trabalho no setor de serviços (YASSI, SPROUT e TATE, 1996 e YASSI, 1997);
- Ao maior controle das empresas sobre o trabalho dos seus subordinados com a diminuição das pausas e dos “tempos mortos” (BRASIL, 1998).

Segundo o INSS:

a frequência das LER vêm aumentando nos países industrializados, nos quais as características da organização do trabalho de forma geral privilegiam o paradigma da alta produtividade e qualidade do produto em detrimento da preservação do trabalhador ... (BRASIL, 1998, p.3).

ASHBURY (1995) coloca que a economia pode ter um peso importante na frequência de casos das LER. Ele sugere que em períodos de recessão da economia haveria menos registros de casos uma vez que haveria menos expostos. No entanto em tempos de crescimento, os trabalhadores antes fora do mercado de trabalho voltariam em funções “marginais”, mais sujeitos aos riscos de lesões, com menor proteção de programas de saúde e prevenção a acidentes de trabalho. Usa como exemplo a queda no número de registros de casos das LER na Previdência de Ontário entre 1990 e 1992 e expressivo aumento no número de casos entre 1986 e 1989, respectivamente períodos de crise e grande crescimento da economia canadense.

Em levantamento feito por REIS et al. (2000) em um ambulatório de saúde do trabalhador, as cinco ocupações mais frequentes, correspondendo a 30% do total, foram: auxiliar de escritório, faxineiro, digitador, cozinheiro e caixa distribuídos de forma muito semelhante entre os três ramos econômicos.

O MINISTÉRIO DA SAÚDE (2002) aponta alguns setores em que, em decorrência da maior exigência de força repetitiva e um grande número de horas trabalhadas, ocorre maior número de casos. São eles: linhas de produção de frigoríficos, bancos, setor de empacotamento, trabalho com videoterminals, caixas, entre outros. OLIVEIRA E BARRETO (1997) acrescentariam as categorias: metalurgia, alimentação, têxtil, serviços, comércio varejista, gráfico, confecção e vestuário, comunicação, correio, telefonia, cosméticos, plásticos, químicos, farmacêuticos, tinturaria e similares, hospitais, empreiteiras, locadoras de mão-de-obra, calçados e entidades financeiras. De acordo com o Registro Finlandês de Doenças Ocupacionais, há altas taxas das LER entre os trabalhadores da indústria alimentícia (CHIANG et al., 1993). Segundo o INSS, em 1991 foram encontrados casos das LER entre digitadores, controladores de qualidade, embaladores, enfitadeiros, montadores de chicote, montadores de tubos de imagem, operadores de máquinas, operadores de terminais de computador, auxiliares de administração, auxiliares de contabilidade, operadores de telex, datilógrafos, pedreiros, secretários, técnicos administrativos, telefonistas, auxiliares de cozinha e copeiros, eletricitas, escriturários, operadores de caixa, recepcionistas, faxineiros, ajudantes de laboratório, viradeiros e vulcanizadores. (BRASIL, 1998). PRATI et al. (1999) citam como população trabalhadora de risco: descarregadores de frigorífico, empacotadores em fábrica de alimentos, processadores de dados, datilógrafos, pianistas, telefonistas, bancários, auxiliares de produção em linha de montagem e digitadores. POLANYI (1997) destaca como trabalhadores com alta incidência: médicos, administradores e outros trabalhadores que são submetidos às condições favoráveis a este tipo de adoecimento.

2.3- DIAGNÓSTICO E ASPECTOS FISIOPATOLÓGICOS

As LER não são um diagnóstico, mas um termo que engloba uma série de distúrbios relacionados ao trabalho que geralmente atingem várias partes do corpo isolada ou associadamente: tendões, cápsulas tendinosas, músculos, juntas, nervos e vasos sangüíneos (GUTIÉRREZ, APUD e NEIRA, 2000), fâscias, ligamentos e sinóvias, com ou sem degeneração de tecidos (BRASIL, 1993), são o resultado de fatores de risco como movimentos repetitivos, postura inadequada, força, entre outros. Elas podem incidir sobre

trabalhadores em início de carreira ou entre aqueles com muitos anos de trabalho no mesmo posto, na mesma função. Apesar de nem todas as lesões estarem classificadas no Código Internacional de Doenças (CID), os médicos utilizam cerca de 165 delas para classificar as doenças definidas como LER (YASSI, 1997). Como se trata de um grande número de patologias, é difícil estabelecer o tempo necessário para que uma determinada patologia possa começar a apresentar os sintomas que a identificam (BRASIL, 1998).

A Comissão de Segurança e Saúde Ocupacional da Austrália considera as LER como decorrentes da sobrecarga constante dos músculos, tendões e seus anexos que têm alteradas suas características de extensão e contração (GUN e JEZUKAITIS, 1999)

SANTOS FILHO e BARRETO (2001, p. 189) explicam que, entre os *“mecanismos fisiopatológicos referidos na gênese desses problemas, englobam-se contrações contínuas e aumento de pressão intramuscular, interrupção do aporte sanguíneo e compressões de feixes nervosos, levando a sofrimento muscular crônico”*.

Para OLIVEIRA e BARRETO (1997):

o cansaço gerado durante e ao término da jornada é resultado do gasto energético no ato de produzir, mostrando uma atividade desumana, exaurida em suas forças. Fadiga muscular e estresse mecânico atuam nas cartilagens em consequência dos movimentos repetitivos, favorecendo as contrações musculares e consequente isquemia do tecido local (p.88).

O uso contínuo e ininterrupto dos membros, sem o tempo necessário para o descanso, leva à fadiga crônica, com diminuição da elasticidade e enrijecimento muscular. Os tendões sentem a sobrecarga de demanda da contração e extensão por tempo prolongado, com movimentos rápidos e sem o necessário intervalo de repouso para a sua recomposição. O uso excessivo pode provocar reações de sintomas e sinais locais ou irradiados (RIBEIRO, 1997b). Conceitualmente, as lesões são a decorrência do acúmulo de fatores de risco que ultrapassam a capacidade adaptativa de um tecido, ainda que o seu funcionamento seja mantido parcialmente (BRASIL, 1998). Nos dizeres de VALL-LLOBET (1997, p. 59):

As situações de constante demanda de trabalho, sem períodos de descanso nem relaxamento, obrigam a manter constantes os níveis hormonais de adaptação (cortisol, epinefrina, norepinefrina), o qual rompe os ritmos circadianos. As conseqüências da manutenção de um alto nível noturno de cortisol são, em primeiro lugar, uma alteração das fases do sono e da profundidade do descanso noturno. Como conseqüência, existe a sensação de cansaço matutino como se não houvesse servido para nada o descanso noturno, alterações no ritmo das evacuações, do ritmo cardíaco, com presença de taquicardias e arritmias, e, ocasionalmente, incremento da sensação de ansiedade e angústia. Existe também um aumento da contratatura muscular, com aumento da dor nas zonas cervical, dorsal e lombar.

Entre os principais sintomas e sinais destacam-se:

- Dor espontânea ou após a movimentação da região afetada;
- Sensação de fraqueza, cansaço, peso, dormência, perda da sensibilidade, “choques”, “agulhadas” e câibras;
- Dificuldade ou perda da força dos membros (BRASIL, 2002);
- Sofrimento, desconforto uni ou bilateral, sentido nos dedos, mãos, pulsos, antebraços, cotovelos, por período igual ou superior a sete dias (FRANSSON-HALL, BYSTRÖM e KILBOM, 1995);
- Calor, frio (mais especificamente nas mãos e dedos);
- Repercussões psicossociais;
- Enrijecimento muscular;
- Edemas (SETTIMI e SILVESTRE, 1995);
- Queimação e entorpecimento (MESERVY, SURUDA, BLOSWICK, LEE e DUMAS, 1997).

Por ser a dor um sintoma e não apresentar sinais, é pouco valorizada. Só é dada a devida atenção pelas demais pessoas envolvidas com o trabalhador geralmente quando o caso se encontra num grau mais avançado (OLIVEIRA e BARRETO, 1997, p.91). A dor,

quando no seu início, é de difícil precisão quanto ao ponto de irradiação, variando conforme a estrutura comprometida. Quando o trabalhador pode precisar a sua localização, o médico pode reproduzi-la e localizar os músculos, nervos e tendões comprometidos. A intensidade e a duração da dor tendem a ser progressivas conforme vão se agravando as lesões (BRASIL, 1998).

O diagnóstico é predominantemente clínico, construído a partir do exame médico, o histórico profissional e a história clínica. Deve-se atentar para os sinais e os sintomas, a sua localização, duração e intensidade, excluindo hipóteses não profissionais (YASSI, 1997). Para confirmar um caso das LER é necessário a correlação entre a tarefa repetitiva freqüentemente anatômica e fisiologicamente inadequada para a constituição física dos pacientes e a localização no corpo dos sintomas descritos (BIRD e HILL, 1992). A constatação de fatores individuais e/ou a associação com outras doenças não descaracterizam a *priore* o nexos com o trabalho, desde que a relação laboral fique claramente estabelecida (BRASIL, 1993 e 1998).

CHIANG et al. (1993) utilizaram como critério diagnóstico para dois dos principais tipos de distúrbios músculo-esqueléticos encontrados: para Dor do Manguito Rotador dois sinais sensíveis ou endurecimentos palpáveis dos membros, ou ambos, causados ou agravados pelo trabalho; para a Síndrome do Túnel do Carpo (STC) os sintomas de entorpecimento, dor ou formigamento nos dedos inervados pelo nervo mediano, ter iniciado no trabalho atual, apresentar sinal positivo no teste de Tinel ou Phalen e nenhuma evidência de STC relacionada com danos.

São raros os casos em que exames complementares apóiam os diagnósticos clínicos, geralmente quando acontece apontam para um grau elevado de desenvolvimento das lesões (OLIVEIRA e BARRETO, 1987). O nexos causal faz parte do diagnóstico fundamentado na anamnese ocupacional e em relatórios de observação das condições de trabalho, permitindo a correlação entre o quadro clínico de afecção na unidade motora e a atividade causadora desenvolvida pelo trabalhador (BRASIL, 1998).

O exame médico deve levantar a história da doença, a freqüência, intensidade, fatores de agravamento e melhora dos sintomas. Detalhes do começo dos sintomas em relação às tarefas de trabalho ou mudanças em tarefas são especialmente importantes,

embora muitos trabalhadores não experimentem sintomas por semanas, meses ou até mesmo anos de exposição (YASSI, 1997). Não obstante, podem ocorrer casos em que a frequência contingente de sinais e sintomas sobre-relatados [overreporting] (sintomas sem sinais) seja inferior à quantidade de sub-relatos [underreporting] (sinais sem sintomas), como o observado por YOUNG et al. (1995) em pesquisa feita com 157 processadores avícolas (129 mulheres e 28 homens) de duas plantas industriais americanas. Dentre esta população, que tinha uma média de idade alta (homens 34,93 anos e mulheres 40,96 anos) e um longo tempo na função (homens 5,65 anos e mulheres 9,76 anos), os pesquisadores encontraram que 50% deles tinham 3 ou mais resultados positivos de sinais das LER entre os 22 possíveis estabelecidos para o estudo, a média foi de 5 a 6. Os sintomas mais presentes eram diminuição da força de pressão, dormência e perda da sensibilidade à vibração na ponta dos dedos.

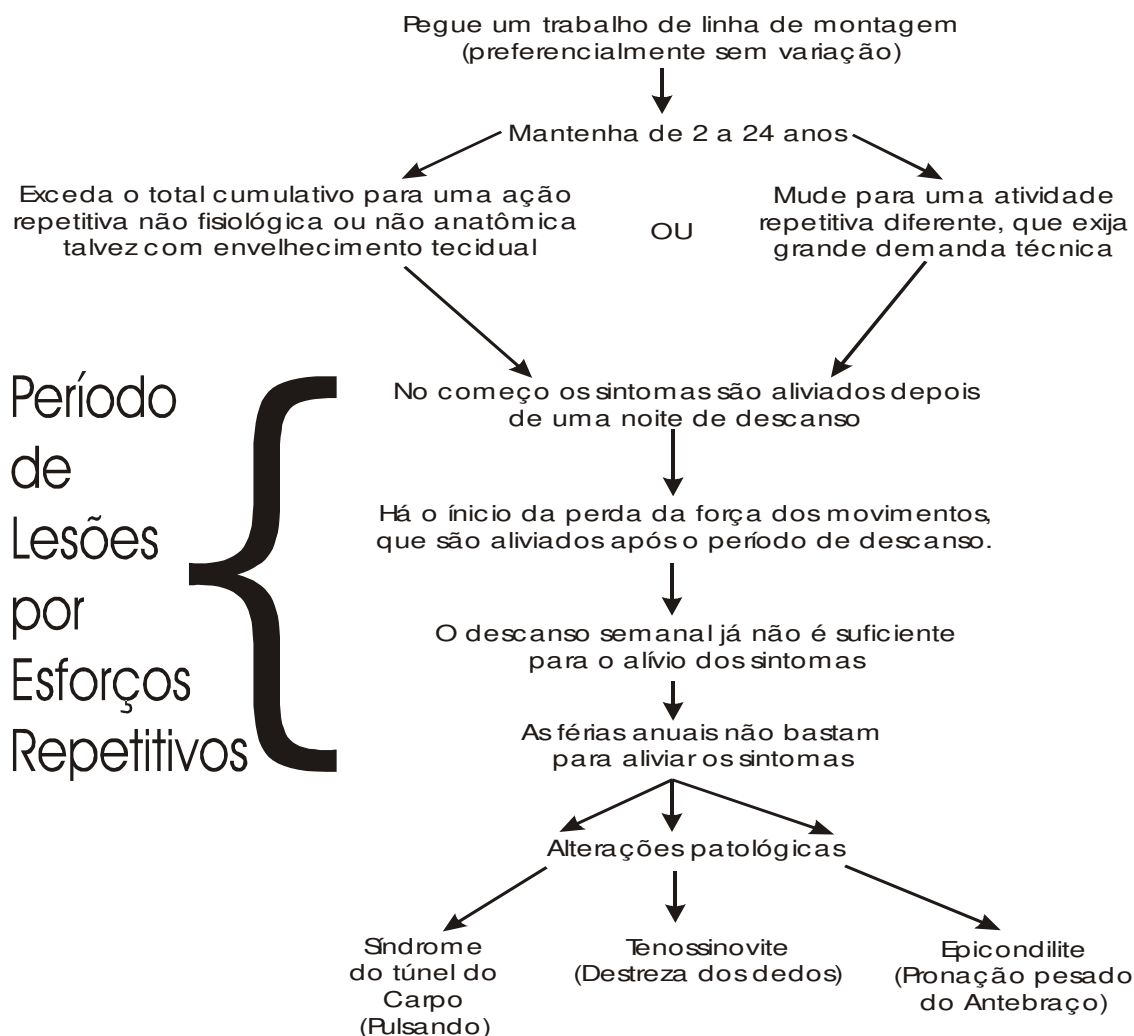
O histórico profissional deve levantar informações sobre o tipo de tarefas executadas no trabalho atual incluindo: velocidade, posição, vibração, força, organização do trabalho, pressão produtiva, existência ou não de situações de constrangimento moral, aspectos do ambiente de trabalho como espaço, exposição a ruído e nível de iluminação. Também devem ser levantados estes dados para os trabalhos anteriores. Dados sobre acidentes traumáticos, práticas esportivas e atividades de lazer são importantes para descartar hipóteses não profissionais. O exame físico deve incluir a busca por sinais de inflamação, apalpação dos membros superiores buscando identificar hipersensibilidade ativa e passiva, manobras de resistência, de movimentos de extensão e flexão, testes específicos e exame neurológico (YASSI, 1997).

Consideram-se casos das LER: Síndrome do Túnel do Carpo, Síndrome do Pronador Redondo, Síndrome do Canal Cubital, Síndrome do Canal de Guyon, Síndrome do Interósseo Posterior, Epicondilite, Epitrocleeite, Tendinite Bicipital, Tendinite de De Quervain, Síndrome do Desfiladeiro Torácico, Síndrome do Supinador, Síndrome do Interósseo Anterior, Tendinites (Bicipital, De Quervain, do Supra-Espinhoso, dos Extensores dos Dedos e do Carpo, Distal do Bíceps) e Tenossinovites (dos Flexores dos Dedos e do Carpo, do Braquiorradial), Dedo de Gatilho, Cistos Sinoviais, Lesão do Nervo Mediano na Base da Mão e Bursites (BRASIL, 1998, 2000, 2002), Peritendinite, Cisto de

Glânglio, Distonia Focal, Fibromialgia, Síndrome de Tensão no Pescoço, Miositis, Síndrome do Túnel Radial, Osteoartrite, Sinovite, Capsulites Adesivas, Síndrome de Vibração de Mão-Braço (Síndrome de Raynaud), Trombose da Artéria Ulnar (YASSI, 1997), Cotovelo de Tênis e Ombro Congelado (HOCKING, 1987).

BIRD e HILL (1992) observaram que, nos sujeitos da pesquisa que foram diagnosticados como tendo tenossinovite, epicondilite ou compressão do nervo, os sintomas clássicos foram precedidos por outros "vagos" como dor e cansaço nos membros atingidos. Segundo os autores, as LER seriam o período da história da doença antes de ela atingir um grau de mudança patológica. O quadro 3 apresenta de forma sintética o que para eles seria o seu "Histórico".

Quadro 2 - Histórico das LER



Fonte: BIRD e HILL, 1992

Os sintomas que num estágio inicial eram aliviados após uma noite de repouso, com a manutenção da exposição depois de 3 a 4 meses tornam-se mais intensos e permanecem mesmo após o repouso semanal. Após um ou dois anos, os sintomas permanecem mesmo após o período de férias. Essa resistência progressiva para o alívio através do descanso parece ser característico.

Este estagiamento é semelhante ao normatizado pela Comissão de Segurança e Saúde Ocupacional Australiana:

- 1ª caracterizada por dores, sensação de fraqueza e cansaço que cessam após intervalos de descanso;
- 2ª os sintomas permanecem mesmo com o descanso semanal, podendo inclusive apresentar sinais físicos e;
- 3ª os sintomas são constantes e persistem por longos períodos, podendo levar à incapacidade permanente para o trabalho (GUN e JEZUKAITIS, 1999).

YASSI (1997) acrescenta que na 1ª fase o quadro pode ser reversível, dura algumas semanas ou meses; na 2ª, os sintomas apresentam respostas mais rápidas e persistem por um período maior, apresenta dificuldades para trabalhar, e dormir e, na 3ª fase os sintomas estão presentes tanto no trabalho quanto no repouso, em qualquer atividade.

O INSS (1993) baseou-se neste mesmo princípio em suas normas técnicas. O quadro clínico é específico para cada uma das afecções, de acordo com a patologia e a região anatômica afetada. Os quadros inespecíficos podem ser enquadrados num estagiamento de quatro graus de evolução:

- Grau I – O trabalhador apresenta sintomas de dor espontânea na região afetada, com sensações de desconforto e peso que não interferem no trabalho e que melhoram com o repouso, não há sinais clínicos;
- Grau II – A dor é mais persistente, intensa e intermitente. É tolerável para a execução do trabalho, mas já significa redução de produtividade nos seus movimentos de maior intensidade. A dor se torna mais localizada e acompanhada de outros sintomas como formigamento e calor. O repouso no

final do dia já não é mais suficiente para a recuperação, ela pode voltar a ocorrer durante as atividades domésticas. Os sinais geralmente continuam ausentes;

- Grau III – A dor é mais intensa, forte, localizada e persiste a sensação dolorida, mesmo após o repouso diário, a sensação dolorosa não se restringe mais só à atividade de trabalho e se prolonga e intensifica principalmente à noite. Há a perda de força muscular e queda, quando não impossibilidade de realizar as funções do trabalho, as atividades domésticas também ficam afetadas.

Além dos sintomas, já aparecem sinais como edemas, enrijecimento muscular, alterações de sensibilidade e sudorese nas mãos e pode ocorrer também comprometimento neurológico;

- Grau IV – O sofrimento causado pela dor é por vezes insuportável, estendendo-se por todo o membro afetado e ocorrendo mesmo quando os membros estão em repouso. Os movimentos só acentuam a sensação dolorosa, a perda de força e movimentos é perceptível.

A incapacidade para o trabalho é permanente e as atividades domésticas estão profundamente comprometidas, com dificuldade para executar até mesmo os atos mais simples do dia-a-dia. São comuns alterações de humor como depressão, angústia e ansiedade. O processo fibrótico pode levar à deformidade e ocorrem atrofia pelo desuso dos membros (BRASIL, 1993).

Apesar dos avanços dos tratamentos de saúde, em relação às LER permanece pequeno o grau de sucesso conseguido, com um progressivo número de casos chegando à incapacidade laboral e à dor crônica (YASSI, SPROUT e TATE, 1996).

2.4- ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS E AS LER ENTRE AS TRABALHADORAS

Aspectos epidemiológicos

Crescem as evidências de que as LER têm atingido proporções epidêmicas em certas empresas e em muitos países industrializados (YASSI, SPROUT e TATE, 1996). No Brasil, entre 1990 e 1996, o número de casos saltou de 5.217 para 34.889 (BRASIL, 1998 e SETTIMI, 1998). Em 1997, do total de doenças ocupacionais registradas pelo Instituto Nacional de Seguridade Social 90% (10.743) eram referentes às LER (MAENO, 2001), não obstante a subnotificação do registro de acidentes e doenças profissionais (REIS, RJ et al., 2000). Nos EUA, em 1990, as LER respondiam por 60% de todas as doenças ocupacionais, 1,9 milhão de trabalhadores, sendo que 1,4% tinha ingressado recentemente no mercado de trabalho. Entre 1986 e 1993, o número de casos das LER triplicou (YASSI, 1997).

No Canadá, constituem mais de 50% de todos os afastamentos e pedidos de compensação requeridos em Ontário (POLANYI, 1997).

Apesar do ceticismo de alguns autores com relação a sua ligação com o trabalho, YOUNG et al. (1997) observam que os fatores ocupacionais estão presentes de 30% a 80% dos casos vistos entre os trabalhadores.

Em artigo publicado em 1986 por ROCHA, PAES e SOBANIA, são estudadas dores nos membros superiores auto-referidas em digitadores de uma empresa estatal de processamento de dados no Estado do Paraná. Dos 166 trabalhadores estudados (111 mulheres e 55 homens), 60 deles (36,14%) apresentaram queixas (18% dos digitadores e 45% das digitadoras), sendo a maior frequência entre aqueles que trabalhavam no turno da tarde 35 (47,3%), sendo 31 deles mulheres. A região de maior queixa foi a escápula, 37% e os ombros, 14,4%. Do total de sintomáticos, 27 procuraram assistência médica (16,2% - 23 mulheres e 4 homens) recebendo os seguintes diagnósticos: 10 tenossinovites, 8 mialgias, 7 compressões de nervos periféricos e 2 tendinites.

Estudo retrospectivo conduzido por FERREIRA, CONCEIÇÃO E SALDIVA (1997), em uma população de trabalhadores de atendimento ao cliente em terminais de computador interativos com telefone de um banco na cidade de São Paulo, encontrou entre janeiro de 1993 e junho de 1995, 24 casos identificados em mãos e/ou pulsos, de um total

de 106 trabalhadoras. A idade média das acometidas por LER era de 23 anos, com tempo de serviço médio de 1,76 ano.

PRATI et al. (1999) analisaram 47 digitadores, com idade entre 18 anos e 43 anos (média de 29,7 anos) de um serviço de teleatendimento de um jornal do Rio Grande do Sul, através de questionários. Encontraram referência à dor nos membros superiores em 78,7% deles, sendo a região de maior frequência os ombros (23,6%), punho (23,6%) e antebraço (18,5%). Oitenta e sete por cento dos que relataram dor trabalhavam há mais de um ano na empresa. Entre aqueles sem dor, 60%.

REIS et al. (2000), pesquisando o perfil da demanda atendida pelo Ambulatório de Doenças Profissionais (ADP) do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais, constataram que numa população de 565 trabalhadores em primeira consulta, no ano de 1996, 56% das consultas eram diagnosticadas como casos das LER, e, destes, 59,6% eram de trabalhadores do setor de serviços, 50,7% encontravam-se trabalhando e 76,8% eram assalariados.

Do grupo de doenças relacionadas às LER, as de maior frequência são mostradas na tabela abaixo.

Tabela 1 – Distribuição dos principais diagnósticos da amostra, em ordem descendente de frequência – ADP, 1996

Diagnóstico	N	%	% acumulado
Síndrome do Túnel do Carpo	117	11,1	11,1
Dor em membro	65	6,2	17,3
Tenossinovite e Sinovite	58	5,5	22,8
Tenossinovite Estilóide	56	5,3	28,2
Síndrome do Manguito Rotador	55	5,2	33,4
Hipertensão Essencial (primária)	43	4,1	37,5
Outra Tenossinovite e Sinovite	38	3,6	41,1
Tenossinovite Supra-Espinhoso	38	3,6	44,7
Cervicalgia	31	2,9	47,7
Mialgia	20	1,9	49,6
Outras afecções do ombro	19	1,8	51,4

Fonte adaptada de Reis R.J. et al., 2000.

Constatam que:

- da população atendida pelo ambulatório em primeira consulta no ano de 1996, 565 casos, 67,6% eram do sexo feminino, 60% tinham menos de 40 anos e 36,8% estudaram pelo menos 9 anos (com uma mediana dos últimos 3 salários recebidos de 3 salários mínimos);
- 65% apresentavam hipótese diagnóstica das LER (35% e 21% respectivamente);
- entre as mulheres com diagnóstico das LER, 59,1% tinham menos de 40 anos e mais de 10 anos de estudo.

Ao considerar o conjunto das variáveis estudadas (sexo, idade, escolaridade, renda mensal, ocupação, ramo de atividade econômica e situação atual de trabalho), os autores puderam constatar que 89,2% das mulheres, afastadas, trabalhavam na área administrativa.

HOCKING (1987), ao descrever a epidemia das LER ocorridas na Empresa Telecom australiana no período de 1981 a 1985, encontrou 3.976 trabalhadores atingidos. A prevalência de casos entre telefonistas que digitavam há mais de cinco anos era de 343/1.000, entre os telefonistas em geral passou de 5/1.000, em 1981, para 178/1.000, em 1985, 284/1.000 trabalhadores de escritório e 116/1.000 entre processadores. As mulheres representavam 83% dos casos, sendo as mais jovens as mais afetadas. Entre o grupo de telefonistas, 27% eram mulheres e 20% homens. Não foi encontrada, como fator principal para LER, uma relação estatisticamente relevante entre idade e envelhecimento.

FEUERSTEIN, MILLER, BURRELL e BERGER (1998), citando pesquisa nacional de saúde e trabalho desenvolvida pelo governo americano, apontam que 1,87 milhão de trabalhadores (14,7/1.000) relataram ter uma condição que afeta o pulso e a mão chamada de Síndrome do Túnel do Carpo, durante os últimos 12 meses, destes 675.000 (5,3/1.000) tinham um diagnóstico para Síndrome de Túnel do Carpo, sendo a maior prevalência entre mulheres de 45 a 54 anos. As ocupações de maior proporção eram trabalho na construção, linha de montagem, fabricação, serviços de correios e cuidados com a saúde.

As maiores prevalências encontradas foram de Mononeurites sendo 93% de casos de STC, e as Entesopatias (Lesões dos Tendões) sendo 48% casos de Epicondilite Lateral e 73% Tenossinovite de Mão e Pulso nos diagnósticos de tendão.

A distribuição diagnóstica observada foi:

- 43% mononeurites dos membros superiores;
- 31% entesopatias dos membros superiores;
- 24% relacionadas ao tendão, sinovia e bursa;
- 2% outros

As mulheres eram 71% dos casos de STC e 73% de “Mononeurites” não especificadas. A Agência de Estatística do Trabalho do Departamento de Trabalho americano concluiu que 65% de todas as doenças profissionais naquele país eram LER.

Entre 1986 e 1991, o Conselho de Compensação dos trabalhadores (Workers’ Compensation Board – WCB) de Ontário, Canadá, reconheceu 15.988 casos de pessoas afastadas do trabalho em decorrência das LER. A tabela abaixo mostra a evolução da frequência de lesões, que apresentaram uma evolução constante, intensificada entre os anos de 90 e 91. O número de casos reconhecidos em 1991 era duas vezes maior do que aqueles de 1986 (ASHBURY, 1995).

Tabela 2- Frequência de casos aceitos como Lesões por Esforços Repetitivos, por Gênero, 1986-1991, Ontário

Ano	Homens	Mulheres	Total
1986	895	1.044	1.939
1987	835	1.015	1.850
1988	829	1.090	1.919
1989	948	1.252	2.200
1990	1.529	1.688	3.217
1991	1.562	1.784	3.326
Total	7.301	8.707	15.988

Fonte: ASHBURY, 1995,

Examinando também casos do WCB, na cidade de Manitoba, Canadá, YASSI, SPROUT e TATE (1996) identificaram que, do total de trabalhadores que requereram benefício decorrente de doenças nos membros superiores, 9,3% eram casos das LER. Os diagnósticos mais freqüentes eram de Tendinites, 27,5%, distensão ou esforço, 15,8%, e tenossinovite, 8%.

Os trabalhadores tinham em média 6,4 anos na empresa, tendo sido expostos a condições de alto risco das LER por períodos próximos a 6 anos e trabalhado com os sintomas em média 8,2 meses, alguns casos até 3 anos, antes de procurarem o Conselho de Compensação.

Os grupos ocupacionais com maior número de requerimentos de compensações decorrentes das LER são ocupações de processamento, 33,5%, trabalhos em fábrica, montadoras e reparação, 18,1%, escritórios e ocupações relacionadas, 13,6%. As taxas de freqüência entre os trabalhadores são apresentadas na tabela abaixo:

Tabela 3 – Taxa de Lesões por Esforços Repetitivos entre trabalhadores com benefícios do Conselho de Compensação dos trabalhadores da cidade de Manitoba por grupos ocupacionais em 1991

Grupos ocupacionais	Freqüência por 1000 trabalhadores
Comida, bebida e relacionado ao processamento	14,68
Fabricação, montagem e reparação de produtos de metal	9,32
Outros processos	6,68
YASSI, SPROUT e TATE (1996)	

A taxa média de requerimentos decorrentes das LER na cidade de Manitoba, em 1991, foi de 1,3/1.000. Entre os trabalhadores das indústrias, os autores encontraram taxas bem mais elevadas como:

Tabela 4 – Taxa de Lesões por Esforços Repetitivos entre trabalhadores com benefícios do Conselho de Compensação dos trabalhadores da cidade de Manitoba por grupos de indústrias.

Grupos de Indústrias	Frequência por 1.000 trabalhadores
Fabricantes de produtos de carne, processamento de aves e estocagem	23,48
Fabricação de aeroplanos	9,06
Panificação, comida e produtos lácteos	3,4
Moinhos planos, curtumes, fabricação de portas e janelas, mobílias e blocos de concreto	3,31
Fundições, moinhos rolantes, máquinas de venda, solda e maquinários agrícolas	3,00
YASSI, SPROUT e TATE (1996)	

A idade média dos trabalhadores atingidos por doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho nos artigos estudados variou muito, de acordo com os países e as empresas estudadas, não sendo possível identificar uma faixa etária de maior prevalência de casos.

Um estudo transversal realizado por MESERVY, SURUDA, BLOSWICK, LEE e DUMAS (1997) buscou determinar a prevalência das LER em um grupo de trabalhadores de uma indústria maquiladora da zona franca do México, na divisa com os EUA. Foram analisados 145 trabalhadores da linha de montagem com idade média de 24,6 anos (DP = 5,2 anos, gama 17 a 45) e tempo médio de trabalho na empresa de 3,5 anos (DP= 2,5 anos, gama 0,5 a 14) As análises foram obtidas através da gravação em videoteipe das tarefas desenvolvidas, resposta a um questionário e exames físicos. A pesquisa revelou que as mulheres trabalhadoras relataram com maior frequência casos das LER (31 de 67, 46%) do que os homens (9 de 78, 12%; odds ratio [OR] = 20,01, P<0,05).

O estudo encontrou uma prevalência de 28% (40) dos trabalhadores que relataram sintomas das LER durante o ano, o exame diagnóstico encontrou uma prevalência de 17% (24) e os resultados que foram positivos nos dois satisfizeram a definição do ponto de prevalência com 15% (22) dos sujeitos.

A prevalência de 17% encontrada nos questionários foi menor do que a encontrada por NIOSH em um matadouro avícola dos EUA (36%) e no mais importante jornal americano que apresentou uma prevalência das LER em mão e pulso de 22%, não obstante o fato de a força de trabalho da Montadora ser mais jovem e ter menos tempo na empresa (MESERVY, SURUDA, BLOSWICK, LEE e DUMAS, 1997).

Estudo caso controle conduzido por ENGLISH et al. (1995), no Reino Unido, entre 1986 e 1987, em clínicas ortopédicas de três cidades, coletou informações obtidas através de questionários de 580 casos e 996 controles, procurando analisar a relação entre o trabalho repetitivo e os distúrbios nos tecidos moles superiores encontrou um risco maior associado com movimentos de pinça, flexão e extensão de pulso, rotação de ombro com braços elevados e movimentos de agarrar ou pegar com a mão. Síndrome do Túnel do Carpo e gânglios foram os diagnósticos mais frequentes (29,5% e 14,1%, respectivamente) entre os casos.

Estudo de corte transversal desenvolvido por POLANYI et al. (1997), a partir da análise de questionários de morbidade auto-referida, respondidos por 84% (1.007) do total de trabalhadores, usuários de terminais de vídeo, de uma empresa jornalística canadense, encontrou 20% identificados como casos, que relataram dores nas últimas semanas, meses ou anos. A área mais comumente afetada era a região do pescoço (n=160), ombro (n=144), pulso/mão (n=138) e cotovelo (n=102). O número de casos entre mulheres era 2,2 vezes superior ao dos homens.

Em Belo Horizonte, SANTOS FILHO e BARRETO (2001), encontraram que, de 358 cirurgiões-dentistas da rede pública 58% apresentavam alguma queixa de dor músculo-esquelética nos membros superiores. Destes, 82% tinham dores há mais de seis meses.

FRANSSON-HALL, BYSTRÖM e KILBOM (1995) desenvolveram estudo caso-controle entre operários de linha de montagem de uma indústria automobilística e encontraram uma frequência maior de tenossinovite (de 13% e 25%), entre empacotadores de linha de montagem do que entre assistentes de loja (frequência menor do que 1%), que têm sido associados com trabalhos repetitivos e com grande quantidade de esforço.

CHIANG e seus colaboradores (1993) citam que a principal doença relacionada ao trabalho em hospitais são as LER, afetando 16% desta população. Entre os açougueiros, a prevalência de epicondilite relatada é de 8,9% e de tenossinovite de 4,5%. Trabalhadores manuais com dor do manguito rotador do ombro apresentam frequência superior a 23%. Em seu estudo de prevalência das LER na indústria de processamento de peixes de Taiwan os resultados encontrados foram: 60,39% dos trabalhadores com diagnósticos clínicos dos três principais distúrbios músculo-esqueléticos estudados: 30,9% com tendinite do manguito rotador do ombro, 15,0% com STC e 14,5% com epicondilite.

As queixas auto-referidas mais frequentes foram: desconforto no ombro (36,2%), no cotovelo (21,3%), mão (20,3%), pulso (15,9%) e pescoço (12,6%). Entre os que trabalham com o corte e a separação dos peixes, as queixas de desconforto de ombro (50,0%), pescoço (21,4%), pulso (25,0%) e mãos (32,1%) eram mais frequentes do que entre os outros trabalhadores. Os trabalhadores com menos de 12 meses nas empresas apresentaram uma significativa tendência de queixas de dor do ombro, STC e epicondilite.

Os resultados das análises de regressão logística múltipla mostraram que repetitividade e movimentos fortes foram os dois principais preditores para dor do manguito rotador e STC. O gênero foi preditor de STC, indicando que as mulheres corriam um maior risco para a síndrome. O risco relativo bruto calculado para STC diagnosticado era 4,4 vezes maior entre as mulheres (20%) do que entre os homens (4,5%).

O treinamento e ajustes físicos individuais, permitiram aos trabalhadores com longo tempo de exposição manter uma melhor postura e rendimento das atividades, o que poderia explicar a menor frequência de casos das LER entre esta parcela da população nas empresas estudadas.

Contrariando o resultado de outras pesquisas apresentadas e alimentando a polêmica sobre a diferença entre o número de casos entre homens e mulheres, os autores verificaram que as mulheres que faziam uso de contraceptivos orais tinham um risco duas vezes superior para STC do que as outras mulheres.

Para YASSI (1997), são fatores de confundimento para as LER: menopausa, uso de estrogênio ou anticoncepcionais orais, distúrbios reumáticos, anomalias congênitas e outras doenças crônicas. Não obstante possa haver alguns tipos de distúrbios músculo-esqueléticos relacionados com situações não laborais, os fatores ocupacionais são os elementos mais importantes relacionados às causas destes tipos de doenças e encontram-se bem documentados na literatura (YASSI, SPROUT e TATE, 1996).

MESERVY, SURUDA, BLOSWICK, LEE e DUMAS (1997) pontuaram como fatores de confundimento mais comuns para LER:

Doenças		Fatores de confundimento
. Tendinites	→	Idade, gênero, condições sistêmicas (ex. deficiência de tiróide ou diabetes)
. Síndrome do Túnel do Carpo	→	Idade, gênero, fratura prévia de pulso, forma de pulso, obesidade, diabetes, gravidez e artrite

Observaram que a maior parte dos relatos dos portadores das LER foi feito por trabalhadores com menor tempo de trabalho na empresa e que a rotatividade de trabalhadores (3% ao mês) deve ser um fator de análise pois pode influenciar na menor frequência de casos.

Alguns estudos, não tendo encontrado uma correlação entre tempo de exposição e número de casos das LER, têm levantado a possibilidade de tratar-se de um viés de pesquisa do “efeito do trabalhador saudável” (PUNNET, 1996). Os trabalhadores que apresentam estes sintomas vão, em grande parte, saindo da empresa, permanecendo aqueles com maior resistência às condições de trabalho que levam ao adoecimento:

“Nós não encontramos nenhuma correlação entre anos de vida trabalhados (antes de empregado na montadora, tempo de emprego nela, total de tempo trabalhado) e sintomas. Esta falta de conexão pode ser explicada por uma seleção gradual entre trabalhadores mais velhos; esses com dor ou outros sintomas deixam a linha de montagem e os trabalhadores mais velhos restantes tendem a ser excepcionalmente robustos, um ‘efeito do trabalhador saudável’.” (FRANSSON-HALL, BYSTRÖM e KILBOM, 1995, p.1142)

MALCHAIRE, COCK e ROBERT (1996), pesquisando em 335 trabalhadores de 9 postos de trabalho na Bélgica a sua prevalência de distúrbios músculo-esqueléticos em pulsos, verificaram que, entre aqueles com mais de 5 anos de exposição, a prevalência era próximo de zero. Segundo os autores:

"Uma possível explicação poderia ser a de que os trabalhadores mais antigos são mais hábeis e executam o mesmo trabalho com menos energia. Isto também poderia significar, porém, que os ambientes menos exigentes estão ocupados, por mera chance ou auto-seleção, por pessoas mais velhas." (MALCHAIRE, COCK e ROBERT, 1996, p. 180)

Uma das dificuldades no desenvolvimento deste estudo está na dependência de dados de baixa significância quantitativa: passos, força e ângulos ou de itens como desconforto que não podem ser correlacionados estruturalmente com efeitos fisiológicos. Outra questão colocada é a difícil computação das variáveis força, movimento e velocidade, o que torna o uso destes índices drasticamente limitado.

BIRD e HILL (1992) colocam que seu estudo tem como limitação o fato de analisar apenas um pequeno número de trabalhadoras, todas com patologia já instalada e indicadas para a pesquisa pelo sindicato. Também é uma limitação o fato de não terem feito um estudo ergonômico e não conhecerem o local e o posto de trabalho dessas operárias.

Em seu estudo caso controle com pacientes de três clínicas ortopédicas no Reino Unido, ENGLISH et al. (1995) ponderam que o uso de questionários para obter informações sobre os movimentos feitos pelos sujeitos em seus trabalhos, em vez da observação direta no posto de trabalho, é menos preciso, apesar de possibilitar análises mais amplas. A pesquisa com pacientes de uma clínica ortopédica fez com que este estudo seja focado nos casos mais graves, influenciando os resultados encontrados, não sendo possível a generalização para casos menos severos.

LER entre mulheres trabalhadoras

O preconceito para com a mulher portadora das LER é motivo de preocupação entre os pesquisadores. GUN e JEZUKAITIS (1999), relatam que houve uma mudança na distribuição de casos das LER na Austrália nos anos de 1990, com o crescimento entre homens e a estagnação entre as mulheres, sem que isto no entanto signifique que estas deixaram de ser a maioria dos casos. As trabalhadoras de escritório, que, em meados da década de 1980, apresentaram um grande número de casos, tiveram uma queda acentuada da frequência, ocorrendo queda menos expressiva entre as operárias e aumento entre os operários.

Tabela 5 – Taxa de Frequência para Lesões por Esforços Repetitivos, Austrália do Sul entre metade dos anos 1980 e 1990

Categorias ocupacionais selecionadas (n.º de casos/10.000 Pessoas-ano)	1985-1986	1988-89	1992-93
		a 1990-91	a 1994-95
Trabalhadoras de escritório	25	9	11
Mulheres comerciantes, operários, etc.	106	70	76
Homens comerciantes, operários, etc.	23	48	44

Fonte: GUN e JEZUKAITIS, 1999, p.89

Não obstante, observam que entre os operários existe uma grande diferença de frequência entre os gêneros, de acordo com os tipos de indústria e os postos ocupados. Os casos entre as mulheres estão concentrados principalmente entre aquelas categorias produtivas tidas como eminentemente femininas: alimentação, confecção, tecelagem e calçados, apontando para um aumento em relação ao número de casos dos anos de 1980. O trabalho de produção industrial executado por mulheres é considerado repetitivo, com baixa gratificação, alta pressão por produtividade, baixo controle sobre a tarefa e diminuta margem de decisão, existindo fortes fatores relacionados com a geração das LER.

Tabela 6 - Taxa de Frequência para Lesões por Esforços Repetitivos por Gênero, Austrália do Sul entre 1988 e 1991

Indústria	Homens*	Mulheres*
Agricultura, silvicultura, caça e pesca	61,9	81,4
Mineração	15,5	11,1
Manufatura		
Produtos diversos	45,1	231,2
Equipamentos de transporte	51,2	139,9
Outros maquinários e equipamentos	30,8	113,9
Comida, bebida e tabaco	75,2	105,6
Têxteis, roupas e calçados	36,1	95,0
Produtos fabricados de metal	55,4	85,8
Produtos de metal básicos	56,6	63,9
Papel, produtos de papel, impressão e publicação	13,2	63,4
Madeira e produtos de madeira	40,1	63,0
Substâncias químicas, petróleo e produtos de carvão	12,5	9,3
Produtos minerais não metálicos	55,3	0,0
Total de Manufatura	44,4	101,2
Água, gás e energia elétrica	10,1	46,7
Comércio atacadista e varejista	10,6	13,2
Finanças, propriedade e serviços de negócio	4,6	11,7
Defesa e administração pública	9,9	9,2
Construção	47,2	4,4
Transporte e estocagem	20,0	3,9
Comunicação	0,0	0,0
Serviços comunitários		
Saúde	5,8	13,8
Recreação, pessoal e outros serviços	7,9	11,7
Instituições religiosas e de bem-estar	3,9	11,4
Total de serviços comunitários	5,3	10,3
Educação, museu e serviços de biblioteca	2,1	5,9
Outros serviços comunitários	11,9	5,2
Total	22,8	20,9

* Número de lesões/10.000 pessoas-ano

Fonte: GUN e JEZUKAITIS, 1999, p.90

Contrapondo-se ao discurso psicologizante, as feministas argumentam que as mulheres são a maioria dos casos (em média 85%) uma vez que estão expostas aos postos causadores destas lesões, onde as tarefas são mais repetitivas, monótonas, controladas e solitárias (OLIVEIRA, 1997a).

A maior satisfação nos postos de trabalho entre mulheres do que entre homens, mesmo entre aqueles de baixo status, maior grau de constrangimento, considerados monótonos, enfadonhos e repetitivos, coloca em questão a importância dos fatores psicossociais na gênese das LER, ao menos na intensidade que se tinha, segundo GUN e JEZUKAITIS (1999), na década de 80.

FEUERSTEIN, MILLER, BURRELL e BERGER (1998), ao perceberem uma diferença significativa entre as mulheres, sugerem que devam ser feitas pesquisas futuras procurando identificar os motivos desta diferença, uma vez que existem dados apontando que as mulheres podem não estar sendo levadas a sério por seus médicos, e que isto pode limitar o acesso a tratamentos efetivos de reabilitação. Segundo HIRATA (1998) as LER ou “doenças da hipersolicitação” são fruto do trabalho intenso e repetitivo, atingem majoritariamente as mulheres e estão crescendo nos países industrializados. Elas ocorrem maciçamente entre mulheres não “por causa de sua morfologia (30,0% de massa muscular a menos) ou de fatores hormonais incidindo sobre sua construção biológica e psicológica (puberdade, gravidez, menopausa)”, mas por causa da organização do trabalho que as explora até o limite humano, tratadas como coisas, como máquinas. As LER nos mostram que o trabalho tanto industrial como de serviços, ao contrário do que se apregoa, não está livre de tarefas monótonas, repetitivas e com controle sobre o tempo de produção.

No Estado americano de Washington verificou-se que a razão de STC ocupacional entre mulheres (depois de ajustar por horas trabalhadas) é semelhante à encontrada entre os homens (1,2 : 1). Esta descoberta sugere que, se a exposição a tarefa de trabalho é corretamente calculada, a disparidade de gênero em STC declinaria. (MC DIARMID, OLIVER, RUSER e GUCER, 2000).

A alta prevalência das LER entre mulheres tem sido explicada em termos de falta de autonomia no controle do seu trabalho, imobilidade em postos de trabalho, envolvimento em tarefas repetitivas e dupla jornada (POLANYI, 199&). O maior número

de casos em mulheres decorre de sua maior concentração nos postos de maior frequência, onde há uma maior equidade em relação aos gêneros não há uma diferença estatisticamente relevante (HOCKING, 1987).

O trabalho apresenta um impacto diferente entre os gêneros, pelas diferenças de inserção e experiências vividas por homens e mulheres no ambiente laboral. Para comparar a diferença da razão de frequência de casos entre os gêneros, ASBURY (1995) pesquisou o banco de dados do Conselho de Compensação dos Trabalhadores de Ontário, Canadá. Selecionou cinco categorias profissionais de maior número de casos entre homens e mulheres: trabalhadores de processamento, que executam trabalho com máquinas, que trabalham em fábricas e na construção, em escritórios e serviços. Tanto a razão de frequência de casos como o Risco Relativo foram maiores entre as mulheres em todas as categorias, no entanto tem diminuído a distância do risco relativo entre os gêneros.

Tabela 7 - Taxa de frequência de reivindicações (CFRs) (por 100.000) para Lesões por Esforços Repetitivos, 1986-1991, Ontário.

Ano	CFR/1000		Risco Relativo, Mulheres/Homens,
	Homens	Mulheres	
1986	35,2	52,6	1495
1987	31,9	49,1	1541
1988	30,8	50,1	1626
1989	35,3	55,6	1576
1990	56,7	75,2	1326
1991	60,6	81,45	1343

Fonte: ASHBURY, 1995,

A razão da frequência de casos entre os homens aumentou 114%, enquanto entre as mulheres cresceu 87%. No entanto, o impacto das LER, o período de tempo afastado é maior entre as mulheres. Com exceção da área de construção, as mulheres têm alta taxa de ocupação em todas as atividades selecionadas.

O fato de o risco relativo das LER ser elevado em atividades predominantemente femininas pode significar, segundo o autor, que há menor compreensão do seu impacto na saúde individual destas trabalhadoras.

Tabela 8 – Risco Relativo (Mulheres/Homens) para LER selecionado por Ocupações, Ontário – 1986-1991

Ano	Escriturário	Serviços	Processador	Manipulador de materiais	Construção
1986	2.611	2.135	3.646	5.865	3.794
1987	1.868	3.862	4.360	4.904	3.735
1988	1.884	2.275	4.312	6.667	3.402
1989	1.936	2.253	4.033	6.957	2.044
1990	1.384	2.640	3.128	5.784	6.512
1991	1.791	2.975	3.237	5.053	3.556

Fonte: ASHBURY, 1995,

YASSI, SPROUT e TATE (1996) não encontraram uma diferença significativa entre as taxas das LER entre os homens e mulheres que conseguiram compensações do Conselho de Compensação dos Trabalhadores, de Manitoba, em 1991. Não obstante as mulheres tiveram altas taxas de requerimento de benefícios por LER, maiores do que entre os homens, 48,2% dos caros requeridos ao conselho de compensações dos trabalhadores ocorreram entre mulheres. Trinta e sete por cento de todos os casos requeridos de lesões dos membros superiores e 45,4% de toda a força de trabalho de Manitoba. As taxas de requerimento foram mais baixas entre os homens (0,7 por 1.000 trabalhadores homens) do que entre as mulheres (0,79 por 1.000 trabalhadores mulheres). Entre os casos reconhecidos estão 34,8% do total de mulheres e 21,9% do total de homens que requereram benefícios do conselho.

Os autores trabalham com duas hipóteses para que a diferença não seja estatisticamente significativa. A primeira é de que esta diferença decorra do fato de que as indústrias, maiores causadoras das LER em Manitoba, empregam homens e mulheres de

forma equitativa. A segunda é de que um grande número de mulheres empregadas nestas empresas não procuraram pelos benefícios da WCB. Citam um estudo não publicado de BUEKERT e WENINGER em que 47% dos trabalhadores sindicalizados, de Manitoba, que em 1992 tinham diagnóstico médico das LER, entraram com requerimento de benefícios junto ao Conselho de Compensação dos Trabalhadores e, destes, 83% tiveram seu pedido aceito e concedido.

REIS et al. (2000) observam que em 1996, o número de mulheres atendidas pelo ADP era o dobro do de homens. Entre os casos das LER, a proporção era de três mulheres para cada homem, o que mostra claramente uma associação entre o aumento do número de portadores das LER e o número de mulheres atendidas no ADP no período. Colocam que não existem dados confiáveis se estes números decorrem das diferenças fisiológicas existentes entre os gêneros ou se das diferenças de exposição. Não obstante, existe um consenso de que as mulheres têm uma inserção diferenciada no mercado de trabalho e que esta interfere na forma do seu adoecimento

FRANSSON-HALL, BYSTRÖM e KILBOM (1995) encontram uma prevalência de absenteísmo, entre trabalhadores da linha de montagem de uma indústria automobilística, de 11% para homens e 28% para mulheres, sendo a mediana de 8 e 11 dias, respectivamente, de licença médica.

Informaram sentirem sintomas: 38% dos homens e 46% das mulheres. A relação de prevalência em relação aos controles foi de 2,2 para os homens (1,3-3,7) e de 2,5 para as mulheres (1,6-3,8). Entre os trabalhadores da linha de montagem, as mulheres tiveram maior prevalência de sintomas de flexão extensão de pulso.

Embora homens e mulheres estejam na mesma unidade e trabalhando lado a lado, o que FRANSSON-HALL, BYSTRÖM e KILBOM (1995) observam é que as características de trabalho são diferentes. As mulheres exercem atividades de manipulação de objetos leves e usam menos ferramentas de mão, tarefas que as expõem a um maior risco para as LER.

Que as mulheres apresentam um maior número de casos, isto tem aparecido reiteradamente nos estudos, no entanto não há um consenso sobre os motivos que levam a esta diferença. As explicações vão da divisão sexual do trabalho, diferenças biomecânicas entre homens e mulheres a considerações fisiológicas. Os autores mostram que, quando alguns estudos relatam que as mulheres são mais suscetíveis que os homens as LER, partem do pressuposto que ambos estão expostos à mesma carga física, o que não condiz com a realidade. Onde homens e mulheres realizam atividades diferentes no mesmo cargo:

... a classificação da exposição é freqüentemente determinada de acordo com critérios toscos tais como título de cargo. Os resultados do presente estudo indicam que exposição a carga física deveria ser analisada cuidadosamente uma vez que as mulheres podem levar a cabo tarefas diferentes das dos homens. (FRANSSON-HALL, BYSTRÖM E KILBOM, 1995, p.1141).

MC DIARMID, OLIVER, RUSER e GUCER (2000) ao pesquisar as seis categorias profissionais que apresentam maior prevalência de STC profissional nos EUA, buscando analisar as peculiaridades femininas que as tornam a parcela da população trabalhadora mais atingida por LER, encontraram grande polêmica envolvendo o nexo da STC com o trabalho, sendo as fontes desta discussão quase sempre diferentes. Colhidas de locais, desenhos de estudo e definições de caso diferentes. Diferenças sobre a necessidade ou não de exames físicos para realizar o diagnóstico, da validade do teste diagnóstico, da metodologia e da teoria utilizadas. Apontam que, do total de trabalhadores as mulheres sofrem três vezes mais de STC do que os homens.

Estudo anual sobre a freqüência de tenossinovite e peritendinite encontrou 25,3% entre empacotadoras, 16,8% entre trabalhadoras da indústria de embutidos e 12,5% entre açougueiros.

Na pesquisa, descreveram-se diferenças de gênero na divisão das tarefas em cinco das seis atividades ocupacionais estudadas (montadores, açougueiros, zeladores e faxineiros, trabalhadores manuais, operadores de máquina empacotadora e digitadores) o que inviabiliza a comparação, já que não exercem a mesma tarefa.

Um exemplo citado é o trabalho dos açougueiros. Em 1990, as mulheres representavam 19% de todos os açougueiros americanos. No entanto, numa grande rede de supermercados elas eram 84% sendo que, apenas 3% delas cortavam e levantavam peças de carne. Em um abatedouro de uma avícola, 42% eram mulheres, no entanto o trabalho de abate, que exige a manipulação de ferramentas pesadas é dominado por homens, enquanto o trabalho com as vísceras que utiliza ferramentas leves e exige movimentos finos e rápidos é exercido por mulheres.

O cargo de digitador foi o único entre os seis estudados em que não existia uma diferença significativa entre as atividades realizadas por homens e mulheres, com apenas um tipo de esforço físico para ser realizado. Nesta condição, a razão proporcional de STC encontrada foi de 1,17 e 1,10 com 5% de significância, respectivamente para homens e mulheres, não sendo observada uma relação entre atividade profissional, gênero e STC que pudesse estabelecer uma associação entre ser mulher, digitadora e LER.

Segundo as autoras, as mulheres constituíam, nos EUA, em 1990:

- 98,4% dos dentistas
- 94,3% dos datilógrafos/digitadores
- 93,4% dos costureiros
- 90,6% dos faturistas
- 89,6% dos cabeleireiros e esteticistas
- 89,6% dos contadores
- 88,7% dos analistas de departamento pessoal

Ocupações identificadas como de alto risco para LER, às quais incluem ainda taquígrafas, trabalhadoras de limpeza, operárias e empacotadoras, apresentam maior número de casos porque mesmo na mesma função elas são alocadas em atividades que exigem mais atenção, detalhamento, fineza de movimentos, agilidade, precisão,

movimentos repetitivos, atividades monótonas do que aquelas exercidas pelos homens. As mulheres estão expostas a trabalhos com baixa autonomia, longos períodos no mesmo posto de trabalho, longas jornadas de trabalho, excesso de trabalho, muitas vezes tendo mais de um emprego (MC DIARMID, OLIVER, RUSER e GUCER, 2000).

FRANSSON-HALL, BYSTRÖM e KILBOM (1995) apontam que as operárias de baixa estatura apresentaram mais sintomas do que as mais altas. Isto pode ter ocorrido porque as bancadas de trabalho são planejadas pensando na altura do homem médio, não tendo instrumentos de ajuste à altura do usuário. Assim, para poderem dar conta da produção as mulheres de baixa estatura adaptam-se às bancadas de trabalho, com posturas inadequadas de pulso, mão e antebraço. Ao invés de adaptar o maquinário à multiplicidade de variações antropométricas das trabalhadoras, algumas empresas poderiam estar se valendo do oposto: utilizando mulheres que se adaptam ao posto de trabalho.

Esta necessidade de as trabalhadoras terem de se adaptar aos equipamentos está presente em todos os setores produtivos e nas mais diversas profissões e postos de trabalho.

2.5- IMPACTOS

Individuais e familiares

As LER trazem profundas mudanças nas vidas dos seus portadores, impactam na sua relação com a família e também apresentam conseqüências econômicas e sociais. Em pesquisa que desenvolvemos anteriormente (NEVES et al., 1998) sobre a visão dos portadores a respeito do seu processo de adoecimento, os trabalhadores detiveram seus relatos nas diversas repercussões da doença no seu cotidiano, entre elas:

1. O desgaste físico e psicológico decorrente da procura de um diagnóstico que dê credibilidade aos sintomas que sentem e a busca de um tratamento adequado;
2. O sentimento de impotência diante da impossibilidade de realização das tarefas domésticas e de inutilidade por não poder exercer um trabalho remunerado e ser um fator de perda do poder aquisitivo da família e um custo a mais no orçamento doméstico, um “fardo”;

3. As repercussões físicas da dor, como dificuldade para dormir, alteração de humor, falta de concentração para qualquer atividade, necessidade do auxílio de outras pessoas para realizar tarefas simples como pegar uma caixa, pentear o cabelo, trocar-se, tomar banho, etc.;
4. A falta de perspectivas de trabalho após o processo de adoecimento seja por causa da dor e perda dos movimentos, seja pelo estigma de ser portador das LER;
5. A dificuldade de conseguir provar seu adoecimento e o nexos com o trabalho. A falta de um atendimento digno no INSS e os problemas para conseguir receber o auxílio-doença (seja ele comum ou do trabalho).

A soma destas mudanças e dificuldades torna a questão um problema de ordem biopsicossocial.

Segundo SATO et al. (1993, p.59):

O impacto que sobrevém ao contato com as LER faz com que os portadores se defrontem com sentimentos de culpa, de revolta, de incapacidade física e psicológica perante a vida, desvalorizando-se com abalo às vezes intenso do autoconceito, o que traz como consequência uma grande fragilidade interna (psicológica), quando o portador se percebe sem saídas e sem apoio.

ROCHA, BATISTA e MENDONÇA (2001) lembram que os afastamentos ocorrem não em decorrência das queixas de dor dos trabalhadores, mas da queda da produtividade, aspectos que demonstram o ceticismo quanto ao real estado de saúde do trabalhador, como se, na verdade, estivesse buscando uma desculpa para parar de trabalhar.

São vistos pela empresa como fonte de “prejuízos” e uma ameaça já que outros podem alegar estarem com a mesma doença. Os colegas de trabalho fazem pressão para que retornem ao trabalho. Quando ocorre um acidente grave, uma gravidez ou uma doença de conhecimento geral, apesar do sacrifício que representa o acúmulo de trabalho deixado por um colega adoecido, o grupo se solidariza e aceita a situação. O mesmo não ocorre no caso

das LER, em que a falta de sinais físicos e de um diagnóstico comprobatório coloca em xeque a palavra do trabalhador e em choque com seus companheiros, que passam a inquiri-lo diretamente (RIBEIRO, 1999).

Este é um momento delicado para o trabalhador, de ruptura das suas perspectivas futuras de âmbito pessoal e profissional dados os novos limites e as possibilidades impostas pela doença (CHIESA et al., 2002). Além disso, é um momento de mudanças de paradigmas, uma vez que até a ocorrência das LER compartilhava da mesma visão dos colegas sobre as lesões (RIBEIRO, 1999). Sua auto-imagem de trabalhador se confronta com a imagem que até então tinha de quem estava afastado com LER e com as respostas que recebe do meio social o que gera uma tensão e conflito interno-externo (LIMA e OLIVEIRA, 1995). Aquele que antes recebia reforços por parte da organização do trabalho, sendo considerado “rápido”, “eficiente” e, às vezes, até “competitivo”, é agora constantemente questionado nos círculos sociais e familiares, na empresa, nos serviços de saúde e previdenciários. Estas situações concretas comumente levam os trabalhadores a quadros de depressão, ansiedade e angústia (SETTIMI et al., 2001a).

Os portadores das LER estudados por RIBEIRO (1999) sentiam-se frustrados por estarem “encostados na caixa”, situação que provocava muita angústia. Tinham necessidade de voltar ao trabalho e medo de serem reconhecidos como incapazes pelo INSS. *“Eram, pois, flagrantes os sentimentos de perda e medo, que, somados à dor física, compunham os assentos do sofrimento mental.* Os trabalhadores temem a “morte social” que significa a impossibilidade de trabalharem.

BARROS, (2001) estudando trabalhadores de uma biblioteca universitária, portadores de Lesões por Esforços Repetitivos, encontrou que estes apresentaram um maior comprometimento psicoemocional e de saúde geral em comparação ao grupo de não portadores em todos os fatores estudados: estresse psíquico, desejo de morte, desconfiança no desempenho, distúrbios do sono e distúrbios psicossomáticos. Os dados sugerem que estes trabalhadores passam a *“padecer de uma insegurança generalizada”* (BARROS, 2001).

SANTOS FILHO E BARRETO (2001) em seu estudo sobre os cirurgiões-dentistas da rede pública de saúde de Belo Horizonte encontram uma maior frequência de dor na coluna e pescoço entre aqueles dentistas com depressão, ansiedade e/ou preocupação excessiva e menor frequência de dor no pescoço entre aqueles mais satisfeitos com o trabalho. Observam haver poucas evidências entre características psicológicas individuais e altas taxas de distúrbios músculo-esqueléticas, porém fatores psicossociais contribuem para os sintomas *independentemente dos perfis de personalidade*.

Citando o caso das portadoras das LER australianas, QUINTNER (1995) coloca que elas se sentem como em um julgamento criminal ou inquisição onde são declaradas culpadas por adoecerem. Sentem preconceito não só por serem mulheres, mas por sua classe e grupo social. O processo de adoecer e provar seu adoecimento traz isolamento social, molestamento e vitimização, perda da auto-estima e depressão. Este descrédito comumente vivenciado pelos trabalhadores, associado à perda da capacidade laborativa e do *status* de trabalhador, a ruptura de conceitos e regras às quais aceitava e acreditava, o estresse, a ansiedade e a dor, decorrentes do processo de adoecimento por LER, são encontrados na literatura sob a denominação de *aspectos psicossociais* das LER (NEVES et al., 1998).

Ao tentar explicar por que muitas mulheres não informam os seus sintomas aos empregadores nos primeiros estágios de desenvolvimento das lesões, encontrou um forte sentimento de responsabilidade, pressão econômica e o medo de perder o emprego, entre as possíveis razões. A busca da eficiência na execução de trabalhos repetitivos, em grande volume e tensão, somada ao seu prolongamento além dos horários normais, se reflete nos altos índices de estresse e LER neste grupo de trabalhadoras. Encontrou também que as atitudes negativas de supervisores, pessoal de saúde e colegas de trabalho são outra razão para esta relutância da mulher em chamar atenção ao seu problema QUINTNER (1995).

OLIVEIRA e BARRETO (1997) observam que as trabalhadoras escondem o fato de estarem com dor por vergonha de não conseguirem dar a produção exigida, buscando não se expor para evitar a discriminação e para não serem demitidas. Discriminação esta que começa no descrédito da chefia e dos colegas até a perambulação pelos serviços de saúde públicos e particulares na busca do diagnóstico de uma doença que até então desconhecem, mas sentem.

A sensação de insegurança sobre o emprego/desemprego, pode levar a estados de tensão que podem afetar a saúde mental. Isto é usado pelas empresas no controle dos processos de produção e um dos motivos da demora dos trabalhadores buscarem atendimento médico quando sentem dores (ACEVEDO, 1997).

O medo da perda do emprego, como veremos melhor no próximo capítulo, não é infundado. Os constantes afastamentos para tratamento, além de provocar a perda de rendimento em alguns casos, têm levado à demissão, em desrespeito à legislação previdenciária, que assegura um prazo mínimo de 12 meses de estabilidade no emprego para aqueles que sofreram acidente ou doença decorrente do trabalho, após a cessação do auxílio-doença acidentário e o retorno ao trabalho (CHIESA et al., 2002). A demissão leva à perda do direito ao convênio médico, piora da qualidade de vida, além da perda da identidade profissional (ROCHA, BATISTA e MENDONÇA, 2001, p. 96). Piora a em saúde na medida que aumenta as dificuldades econômicas vividas pelo trabalhador, deteriora a sua auto-imagem e auto-estima e pode levar à perda de vínculos sociais como o contato com os colegas de trabalho e o reconhecimento social, o *status* de “Trabalhador” (DÍAZ e MEDEL, 1997).

As relações com os médicos, particularmente os peritos do INSS, não costumam ser de confiança, acolhida e ajuda como é a expectativa de quem procura um serviço de saúde, ao contrário, é uma das situações que causam maior ansiedade e medo para os trabalhadores, uma vez que há um clima de suspeita da veracidade da doença por parte de grande número destes profissionais (ROCHA, BATISTA e MENDONÇA, 2001). Da mesma forma, GARBIN, NEVES e BATISTA (1998) observam que há um temor entre as trabalhadoras decorrente da desconfiança constante de que sua doença seria, na verdade, uma simulação, uma forma de conseguir benefícios previdenciários, mas que na verdade não estaria doente. A *teoria conspiratória* do simulador: pessoa que estaria interessada em se passar por doente para tirar proveito do seu afastamento, bem como de benefícios previdenciários, tem enviesado a leitura dos casos e a forma de tratamento dado a estes trabalhadores. O resultado são discriminação, injúria, humilhação e agressões físicas. Não é incomum encontrarmos profissionais de saúde questionando sobre o real estado de adoecimento destes trabalhadores, ou mesmo a existência das LER. Há um descrédito dos

profissionais de saúde quando os trabalhadores apresentam as primeiras queixas de dor (OLIVEIRA e BARRETO, 1997). *“É comum ouvir médicos dizerem que os pacientes com diagnóstico de LER/DORT ... são mal-intencionados, pois querem ter benefícios secundários, referentes à Previdência Social e à empresa”* (SETTIMI et al. 2001a).

A teoria do simulador busca na culpabilização das trabalhadoras isentar as empresas da responsabilidade sobre suas lesões. O reconhecimento das doenças ocupacionais e ou relacionadas ao trabalho está subordinado a condições políticas, econômicas, sociais e culturais (MAGALHÃES, 1998) e muitas vezes movidas muito mais por aspectos ideológicos do que científicos (RIBEIRO, 1997a).

De forma semelhante ao observado em nosso estudo com portadores das LER, em sua passagem pelo serviço de perícia do INSS, QUINTNER (1995) relata que as trabalhadoras sofrem preconceitos de gênero, classe e raça. Nos seus relatórios, os peritos descrevem da sua dor, provocam desconforto físico e emocional ao aplicar exames físicos com violência e há mesmo casos de assédio sexual. Essas situações causam tamanho sentimento de medo que levaram-nas a se organizar em grupos de ajuda para acompanhar nos exames.

A necessidade do diagnóstico médico para poderem provar, oficialmente, aos empregadores, aos colegas de trabalho e, às vezes até aos familiares, que estão doentes leva os trabalhadores a fazer uma “peregrinação” entre diversos especialistas médicos, exames e perícias, o que chamamos de via-crúcis para, com frequência, verem seus casos descaracterizados como relacionados ao trabalho. As mulheres acabam sofrendo discriminação sexual e têm maiores dificuldades para provar seu adoecimento do que os homens. Alguns médicos sugeriam que as trabalhadoras deveriam retornar a suas tarefas “naturais” de cuidar da casa e dos filhos, demonstrando uma “ideologia médica da fragilidade feminina”, na qual as dores seriam “o resultado de desejos contrariados ou deveres negligenciados do tipo feminino particular”. Segundo SETTIMI “...não se tem conhecimento de nenhum estudo que indique tarefas domésticas como causas de quadros do sistema músculo esquelético semelhantes aos das LER/DORT; em contraposição, há vários que demonstram associação entre fatores laborais de diversas categorias profissionais e a ocorrência das LER/DORT.” (SETTIMI et al., 2001b, p.12) Alguns

profissionais alegavam que era tudo decorrente do “psique”, não havendo uma razão física para a sua existência, insinuando que se tratava de um problema de sanidade mental (QUINTNER, 1995).

No caso de não terem o nexo com o trabalho aceito pela Previdência, além de perderem uma prova cabal do seu estado de saúde, perdem também os poucos ‘benefícios’ a que têm direito junto ao INSS: o auxílio acidentário, a estabilidade, precária, de 1 ano no emprego e a contagem de tempo de serviço para a aposentadoria (RIBEIRO, 1999). Ao negarem o nexo, os médicos sentenciam os portadores à negação social (QUINTNER, 1995).

Os diagnósticos dados aos trabalhadores são, na maioria das vezes, conflitivos, antagônicos e contraditórios, causando dúvidas nas trabalhadoras e aumentando a ansiedade em relação ao seu estado de saúde. BOLTANSKI (1989) fala que a qualidade da informação oferecida pelo profissional de saúde também não é homogênea, variando entre os profissionais, na relação que estes mantêm com seus pacientes. Em seu estudo das *Classes Sociais e o Corpo*, coloca que os profissionais de saúde tendem a ser mais solícitos com pacientes que compreendam a linguagem técnica científica e impacientes e rápidos em seus encaminhamentos com pessoas que não dominam o linguajar médico. Como ainda hoje o conhecimento tem uma forte vinculação com as classes sociais, não seria leviano afirmar que os profissionais de saúde tendem a tratar melhor trabalhadores das classes médias e altas e a serem mais distantes dos proletários e subproletários. CECÍLIO (2001) nos coloca que a garantia da integralidade no cuidado deve ser “... *uma responsabilidade do sistema de saúde e não fruto da batalha individual, muitas vezes desesperada, de cada usuário individual*”.

Observa-se que os profissionais de saúde apresentam um “grau cada vez maior de alienação em relação aos sujeitos concretos dependentes de seus cuidados. Alienação, afastamento, desinteresse, fixação em procedimentos técnicos padronizados, dificuldade para escutar queixas, impossibilidade de comunicar qualquer coisa além da seqüência automática de procedimentos e, no entanto, grande capacidade de influenciar o imaginário social” (CAMPOS, 2000). As LER indicam como o modelo biomédico clássico não dá conta de questões complexas que envolvem processos de vão além do biológico, expondo

os médicos a sua impotência diante de um caso complexo que necessita do diálogo com outros profissionais de saúde (SETTIMI, 1997).

QUINTNER citando COHEN:

Foi um fracasso global aplicar rigorosamente ao problema das LER esses componentes essenciais de medicina científica, o próprio método clínico e a lógica diagnóstica. Em seu lugar havia aparecido a 'franca interpolação por muitos autores médicos de comentários sociais altamente subjetivos, até mesmo em revistas profissionais respeitáveis'. O tom dos comentários sociais sobre LER por médicos percorria do extremamente simpatizante ao crítico e, às vezes, pejorativo. Vários dos estereótipos de mulheres trabalhadoras podem ser identificados nestes comentários (QUINTNER, 1995, p.257).

A evolução do prognóstico mantém uma relação íntima com o suporte fornecido (ou não) pelos profissionais de saúde, pela família, empresa, sociedade, órgãos de representação e instituições públicas (ROCHA, BATISTA e MENDONÇA, 2001).

Dentre as incapacidades decorrentes das LER, SETTIMI e SILVESTRE (1995) citam a diminuição da agilidade dos dedos, sentida principalmente na digitação e na escrita; dificuldade para pegar, segurar, manusear pequenos objetos, como lápis, talheres e abotoar roupas; dificuldade para manter os membros superiores elevados, como nos movimentos para estender roupas no varal, segurar apoio em ônibus ou metrô, pentear cabelos; sensação de peso para carregar bolsa a tiracolo, sacolas e também bebês, podendo levar à incapacidade parcial ou total para o trabalho.

Para as mulheres, esta incapacidade física traz como consequência a impossibilidade de realizar tarefas domésticas, situação vivida muitas vezes como um problema tão ou mais difícil de lidar do que a impossibilidade do trabalho profissional remunerado, porque este recai sobre a divisão sexual do trabalho, divisão esta que está inserida em nossa educação e cultura (DÍAZ e MEDEL, 1997). Estar em casa e não poder realizar as tarefas que, por obrigação social, são suas, lhes traz profundo sofrimento. Não só seu grupo social, seus familiares, marido e filhos lhes cobram como, internamente sentem-se cobradas. Além de necessitar de ajuda para tarefas simples do dia-a-dia (GARBIN, NEVES e BATISTA, 1998).

Econômicos e Previdenciários

As Lesões por Esforços Repetitivos afetam um elevado número de trabalhadores e empresas, causando a queda da qualidade de vida e prejuízos financeiros com o aumento das despesas com saúde e busca de compensações trabalhistas, requerem mais tempo de afastamento e maior custo entre as doenças ocupacionais e do trabalho. YASSI, SPROUT e TATE (1996) ao fazerem um exame dos pedidos previdenciários das LER em Manitoba, Canadá, constataram que estes têm um custo maior (ver tabela), um maior número de dias afastados (71, 4 contra 33,6) superiores e maior número de casos impossibilitados de voltar ao mesmo posto de trabalho do que outros envolvendo os membros superiores.

Em Ontário, Canadá, o número de indenizações concedidas a trabalhadores lesionados entre 1986 e 1991 quase dobrou (ASHBURY, 1995).

Nos Estados Unidos, há vários estudos que demonstram estes custos. O professor WEGMAN da Universidade de Massachusetts – Lowell, em palestra proferida na Faculdade de Medicina da Unicamp em maio de 2002, afirmou que aproximadamente 1.000.000 de trabalhadores dos EUA perdem tempo de trabalho com tratamento para LER, significando um gasto aproximado de US\$ 5.000.000 por ano, ou 1% do PIB Americano. Segundo YASSI (1997), os custos com indenização a trabalhadores com LER nos EUA são superiores a US\$20 bilhões por ano.

MC DIARMID, OLIVER, RUSER e GUCER (2000) apontam que, em 1996, nos EUA, 29.937 trabalhadores americanos perderam tempo de trabalho em decorrência de STC, e 50% deles ficaram afastados do trabalho por mais de 25 dias. A média para as demais doenças e acidentes do trabalho foi de cinco dias. Deste total, as mulheres sofrem três vezes mais de STC do que os homens. Os trabalhadores que reivindicavam licença remunerada por LER perderam em média 294 dias. Em Washington, 17,5% de todos aqueles que tinham Síndrome do Túnel do Carpo (STC), entre 1987 e 1989, perderam pelo menos seis meses de trabalho, 12%, 12 meses, e 7,4 pelo menos dois anos (FEUERSTEIN et al. 1998).

No Brasil, existem poucos dados oficiais a respeito não só das LER, como dos acidentes e doenças profissionais e relacionadas ao trabalho. Segundo a AGÊNCIA BRASIL (2002), os acidentes (aqui incluídos tanto os acidentes como as doenças) de trabalho custam R\$ 23,8 bilhões ao País, incluindo gastos com pagamentos de benefícios, representando 2,2% do Produto Interno Bruto (PIB) brasileiro. Isto considerando que, segundo o próprio ministro da Previdência Social (CECHIN, 2002), em 1999, apenas 65% da população com mais de 10 anos, empregada no Brasil eram cobertos pela Previdência Social. De cada 10 trabalhadores, apenas quatro são protegidos pela Previdência Social, de onde são obtidos os dados oficiais sobre acidentes do trabalho.

Tabela 9 - Média de tempo afastado e custo dos casos das LER, possíveis LER e não – LER segundo o Conselho de Compensação dos Trabalhadores de Manitoba, Canadá, 1991

	Todos N=1.431	Não-LER N=879	Definido como LER N=382	Possíveis LER N= 170
Média de tempo afastado	46,5	33,6	71,4	57,6
Valores em Dólares	\$3.559	\$2.480	\$5.569	\$4.627

HAUFLER, FEUERSTEIN e HUANG (2000) publicaram um estudo no qual demonstram que os trabalhadores acometidos por LER perderam em média 17 dias de trabalho ou 3,4 vezes mais do que todos os outros tipos de acidentes e doenças do trabalho registradas pelo Departamento de Trabalho Americano em 1996. Em 5 anos (1985-1990), a prevalência de casos entre aqueles que trabalhavam em escritórios saltou de 0,5/10000 para 5,6/10000.

HOCKING (1987), descrevendo a epidemia das LER na Telecom australiana, mostra que 16% dos trabalhadores ficaram mais de 26 semanas afastados do trabalho. A epidemia custou mais de \$15 milhões, excluindo custos indenizatórios. O número de trabalhadores que perderam tempo de trabalho passou de 97 para 3.009, entre os telefonistas saltou de 4/100 para 125/1.000. Foram perdidos 293.500 dias de trabalho, uma média de 74 dias, 16% dos trabalhadores perderam mais de 26 semanas.

FEUERSTEIN, MILLER, BURRELL e BERGER (1998), estudando as indenizações pagas a funcionários federais americanos, concluíram que 4,4% (8.147) de todos os novos casos de indenização reivindicados no período de 1 de outubro de 1993 a 30 de setembro de 1994 eram de Lesões por Esforços Repetitivos representando um gasto de US\$ 12.228.755 em serviços de saúde e pedidos de indenização com um valor médio de US\$ 4.941 e US\$ 4.477, tendo ficado afastados do trabalho em média 84 dias (nos casos de Síndrome do Túnel do Carpo – STC) e 79 dias (nos casos de Entosopatia), sendo que 60% dos casos de STC ficaram 50 dias ou mais afastados e 14%, 190 dias ou mais. Entre os casos de Entosopatia do cotovelo, 49% ficaram 50 dias ou mais afastados e 16%, 190 dias ou mais.

Estudo feito em Belo Horizonte por SANTOS FILHO e BARRETO (2001) com 358 cirurgiões-dentistas da rede pública mostra que, em 45% dos casos, esta dor leva a alguma interrupção eventual nas atividades de trabalho e em 3% dos casos a interrupções constantes. Entre aqueles que apresentavam dor, 57% tiveram que fazer modificações na sua rotina de trabalho e lazer e sofrem limitações em atividades como dirigir um carro e cuidados pessoais. Vinte e três por cento dos sintomáticos tiveram de se afastar do trabalho em decorrência das dores, destes 39% por mais de 15 dias.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), citando o INSS, colocam que em 1998 as LER responderam por 80% do total de concessões de auxílio-acidente e aposentadoria por invalidez. No Chile, estima-se que as LER sejam a terceira causa de enfermidade profissional daquele país (GONZÁLES et al. 1997).

Quadro 1 - Distúrbios, sintomas, sinais e fatores de risco associados às LER

Distúrbio	Sintomas	Sinais	Fatores de risco
Mão e pulso Tenossinovite de DeQuervain	Dor radial de pulso	Hipersensibilidade sobre o primeiro compartimento de tendão e Teste de Finkelstein positivo	Uso excessivo de dedo polegar e ulnar ou divergência radial de pulso
Tenossinovite de Dedo de gatilho	Clicando ou pegando, dedo afetado em movimento	Hipersensibilidade metacarpal anterior do dedo afetado	Flexão excessiva ou extensão de dedos ou uso excessivo do dedo indicador com pistolas de ar
Gânglio	Inchaço, normalmente o lado radial dorsal do pulso	Inchaço, às vezes hipersensibilidade	Movimento repetitivo de pulso
Síndrome do Túnel do Carpo	Entorpecimento, formigamento no polegar e as vezes o dedo médio, com posições particulares e à noite	O teste de Phalen positivo e/ou a presença de sinal de Tinel sobre o nervo mediano	Desvio repetido de pulso da posição neutra; força, vibração, tensão mecânica;
Síndrome do Túnel de Guyon	Entorpecimento e formigamento em distribuição do nervo ulnar distal para o pulso	O sinal de Tinel positivo sobre o nervo ulnar no pulso	Flexão/extensão prolongada de pulso e pressão repetida na eminência de hipotenar
Antebraço e Cotovelo Epicondilite lateral (medial)	Dor localizada no cotovelo lateral (mediano)	Hipersensibilidade de epicondile lateral (mediana) e área circunvizinha; teste de Cozen positivo	Uso prolongado de martelo, supinação repetida e pronação de antebraço, extensão/flexão forte de pulso ou garra com um braço estendido ou cotovelo completamente dobrado
Síndrome do Pronator	Dor, entorpecimento e formigamento em distribuição distal de nervo mediano para cotovelo	Hipersensibilidade do pronador teres ou flexores de dedos superficiais; formigamento em distribuição de nervo mediano em resistência	Pronação rápida ou resistência e pronação forte de antebraço com flexão de pulso
Síndrome do Túnel Radial	Entorpecimento e formigamento em distribuição de nervo radial superficial	Sinal de Tinel positivo sobre o nervo sensório radial	Movimentos rotativos repetidos de antebraço, flexão de pulso repetitiva com pronação ou extensão de pulso com supinação
Ombro e pescoço Mialgia e Trapezius	Dor no topo do ombro aumentada pela elevação do ombro	Extremidade do ombro mole ou borda mediana da escápula	Trabalho suspenso repetido ou sustentado; carga de músculo estática
Síndrome Cervical	Pescoço duro, dor, dores de cabeça; entorpecimento de dor e formigamento, radiando para baixo em um ou nos dois braços	Músculos paravertebrais moles; extensão de movimento diminuída, o teste de Spurling positivo	Flexão/extensão de pescoço repetido ou sustentado; postura restrita com atividade de antebraços e suporte de ombro
Tendinite do Mangito Rotator	Dor em área de deltoid ou na frente do ombro aumentadas pelo movimento de glenohumeral	Hipersensibilidade do mangito rotator; "arco doloroso" (dor em elevação de braço sobre 70°)	Levantamento alcançado ou uso repetido de braço em abdução e flexão; força
Síndrome de Saída Torácica	Dor, entorpecimento em braço distal em hiperextensão do ombro	Manobra de Adson positiva	Repetição extendida sobre o nível do ombro; cargas prolongadas levando para o lado; carga de peso sobre os ombros em mochilas muito pesadas



3. ALGUNS DADOS DO MERCADO DE TRABALHO E AS QUESTÕES DE GÊNERO

As atividades laborais e sua forma de organização sofreram intensas modificações nos últimos 30 anos do século 20. A automatização e a informatização das empresas, as políticas de reestruturação produtiva – com a diminuição de postos hierárquicos, controle entre pares, terceirização, flexibilização das relações de trabalho com a contratação de autônomos, a precarização e o desemprego, com a conseqüente perda de poder aquisitivo de contingentes significativos da população, são fatores preocupantes em termos de Saúde do Trabalhador.

A automação dos postos de trabalho possibilita o aumento do controle e a desqualificação do trabalho, além de reforçar a lógica econômica e administrativa já existentes:

Podemos compreender, assim, o processo de desqualificação como sendo uma luta para se obter o controle do saber necessário para o desempenho do trabalho. Assim, o empregador tenta retirar e transferir ao sistema, ou pelo menos controlar o máximo possível, esse saber sobre o processo produtivo (SOARES, 1998, p. 140).

Segundo CUNHA (1998), o que se observa é o predomínio de uma reorganização do trabalho que leva a simplificação das tarefas e tem contribuído para a precarização do trabalho, aumento do controle sobre o trabalhador e intensificação do seu labor, sem, no entanto, haver uma contrapartida de elevação do número de postos ou gratificação pelo aumento da produção. Ao contrário, o que se vê é o aumento do desemprego e a queda do poder aquisitivo da população.

Ao mesmo tempo, as organizações de trabalho mais modernas optaram por imbuir a todos os trabalhadores da empresa a responsabilidade pelo seu sucesso e desenvolvimento, ‘focar’ em seu produto principal, transferir a terceiros trabalhos considerados secundários (incluindo aí os mais perigosos e com maiores riscos de acidente de trabalho) e trabalhar com grupos “semi-autônomos”, eliminando com isso cargos como controle de qualidade e níveis intermediários de chefia e gerência.

Segundo HIRATA (2002), o contexto atual do trabalho está marcado de um lado por uma necessidade dos “novos modelos organizacionais” de um empregado mais estável e envolvido com o processo produtivo, de outro por um mercado de trabalho onde são crescentes as formas flexíveis de trabalho e o desemprego estrutural.

Para os trabalhadores, essas “novas” formas de organização do trabalho se contrapõem a direitos e conquistas históricas pelas condições de labor, estabilidade do emprego, duração da jornada, horários e turnos, organização sindical, valores salariais, entre outros (ACEVEDO, 1997).

Essas mudanças não ocorrem da mesma forma entre todos os trabalhadores. Está ocorrendo o que podemos chamar de “polarização das qualificações”, produto da associação de fatores organizacionais e tecnológicos, onde quanto maior o crescimento tecnológico, maior é a distância entre o que o trabalhador executa e sua possibilidade de compreensão do processo produtivo como um todo (COHN e MARSIGLIA, 1994). SOARES (1998) coloca que na “polarização das qualificações” um número restrito de postos é mais qualificado e “enriquecido” em suas funções, tendo os demais suas atividades “empobrecidas”.

A modificação na estrutura produtiva das empresas isola os trabalhadores em suas individualidades. Num ambiente hierárquico mais horizontalizado, estimula-se a competição entre as pessoas e o controle passa a se dar, sobretudo entre os pares e através de instrumentos eletrônicos, de forma mais sutil, porém mais intensa, objetivando o aumento da produtividade e qualidade. O modelo exemplar neste sentido é o Toyotismo ou modelo japonês. ANTUNES (2000, p. 37), citando WATANABE (1993): “A *Toyota trabalha com grupos de oito trabalhadores.... Se apenas um deles falha, o grupo perde o aumento, portanto este último garante a produtividade assumindo o papel que antes era da chefia. O mesmo tipo de controle é feito sobre o absenteísmo.*”

Dados estatísticos de HIRATA (1998), mostram que, para além das grandes empresas e dos grandes grupos empresariais, a automação e os “novos” modelos produtivos têm provocado o aumento da cadência e ‘penosidade’ do trabalho:

“Entre 1984 e 1993, o percentual de assalariados que declarou ter seu ritmo de trabalho determinado pela demanda dos clientes ou do público passou de 39,0% para 58,0%. Já o percentual daqueles para os quais seus movimentos estavam sendo ritmados pelo deslocamento automático de um produto ou de uma peça passou de 3,0% para 6,0%; pela cadência automática de uma máquina, de

4,0% para 7,0%; por normas ou prazos de um dia ou de menos de 24 horas, de 19,0% para 44,0%; e enfim, por controle da hierarquia, de 17,0% para 24,0%.

Estes modelos produtivos convivem com outras formas e modelos organizacionais, principalmente nas empresas dos países em desenvolvimento. A divisão internacional do trabalho resulta na coexistência de ilhas de modernidade com práticas fordistas-tayloristas ou mesmo pré-tayloristas, de produção.

Se há diferentes impactos entre os trabalhadores, o mesmo ocorre quando observamos sobre uma perspectiva de gênero. O capital, apropriando-se das diferenças sociais, culturais e educacionais de homens e mulheres para suas necessidades, como os comportamentos de submissão e obediência sobre imposição de ritmo, carga de trabalho, repouso, etc:

“Nestes termos, uma série de medidas que a gerência adota em relação às trabalhadoras do sexo feminino não é adotada quando se trata de trabalhadores do sexo masculino: obrigar as operárias a usarem patins industriais para deslocamento mais acelerado no interior da fábrica, controlar os tempos de pausa e de ida ao banheiro, marcar rigidamente a produtividade a ser atingida constituem exemplos desse fenômeno” (COHN e MARSIGLIA, 1994, p.65).

A necessidade de mão-de-obra para lidar com um grande número de tarefas (o trabalhador polivalente), mais flexível a mudanças organizacionais (BRITO, 1997), que ocupem postos de trabalho e funções em que as tarefas se caracterizam por serem monótonas, altamente repetitivas, sob intenso ritmo e esforço físico, não criativas, sob pressão por produtividade e de chefia (OLIVEIRA e BARRETO, 1997), mais submissa às ordens superiores, que consiga alcançar metas de produção cada vez maiores em atividades manuais que exigem movimentos finos e precisos com rapidez e perfeição, que agüente a grandes pressões por produtividade, com baixos salários, coloca as mulheres como a mão-de-obra preferida pelas organizações (BRITO, 1997).

Antes de ser um limitador, a experiência doméstica seria uma qualidade apropriada diante das necessidades de adaptabilidade e polivalência a diferentes postos que as empresas pouco a pouco vão exigindo dos trabalhadores diante do processo de reestruturação produtiva. Nas empresas, estas qualificações adquiridas histórica e culturalmente no espaço doméstico tendem a se transformar em competência. Traduzindo-se em índices de produtividade. *“No contexto do trabalho polivalente as mulheres foram consideradas ‘campeãs de adaptabilidade’”* (SEGNINI, 1998, p.163).

As tarefas consideradas secundárias na divisão sexual do trabalho são atribuídas às mulheres, apesar de exigirem habilidades como atenção concentrada, destreza, velocidade de movimentos. *“Desta maneira, a utilização da nova tecnologia, associada a uma tecnologia organizacional autoritária e arcaica, impõe às trabalhadoras um maior controle e uma intensificação do trabalho. O controle é mais insidioso, pois é menos visível através do monitoramento eletrônico do trabalho”* (SOARES, 1998, p. 144).

HIRATA (2002) coloca que as mulheres seriam “cobaías” de uma forma de organização de o trabalho que tende a ser dominante na economia globalizada: vulnerável, flexibilizada e precarizada, que se estenderia para homens e mulheres, apesar do cenário internacional apontar para a segmentação do emprego, tanto masculino quanto feminino em emprego estável x precário. *“As mulheres podem ser mais facilmente ‘cobaías’ de experimentações sociais porque são menos protegidas, tanto pela legislação do trabalho quanto pelas organizações sindicais...”* (p. 144).

Apesar de algumas vagas que exigem iniciativa, responsabilidade, criatividade e conhecimento técnico terem sido abertas às mulheres, a maioria continua sendo preenchida por homens. No panorama brasileiro, o que se observa são possibilidades distintas no mercado de trabalho, com flexibilidades diferentes entre os gêneros: os trabalhos mais complexos, integrados, enriquecidos e qualificados ocupados preferencialmente por homens e aqueles taylorizados, intensos, simples por mulheres (HIRATA, 1998).

RIZEK e LEITE (1998) estudando o uso da mão-de-obra feminina e as suas representações, investigação feita em quatro indústrias da Grande São Paulo, analisam o *locus* e a segregação do trabalho feminino na reestruturação produtiva a partir de três aspectos:

1. A conservação das mulheres em postos cuja natureza mantém semelhança com o trabalho doméstico;
2. A identidade do trabalho feminino como desqualificado, simples e próprio da sua natureza, caracterizado pela sua destreza, paciência e atenção;
3. A construção de uma imagem feminina ligada à empresa pela relação com a vida doméstica, permitindo uma convergência de papéis “... *que configuram um feminino dócil e confinado à esfera privada da vida doméstica*” (p. 283).

A intensificação da participação feminina no mercado de trabalho segue um processo de simplificação e desqualificação dos postos de trabalho. As mudanças tecnológicas e organizacionais inseridas nas empresas em vez de significar uma melhoria qualitativa no trabalho destas mulheres acentuaram as diferenças de classe e gênero. O trabalho exercido pelas mulheres é visto como de menor qualificação técnica e mais leve, concentra-se em tarefas e postos menos qualificados, de alta rotatividade de pessoal, baixos salários, pouca estabilidade e pequena perspectiva de crescimento profissional. Quando em postos de maior qualificação freqüentemente não exercem o controle das funções – sendo renegadas a atividades mais operacionais. Os trabalhos que exigem um maior conhecimento técnico e maior força física são direcionados aos homens. Estes trabalhos são considerados mais qualificados e têm maior rendimento financeiro. Apesar de sua maior escolaridade em relação aos homens, têm mais dificuldade de serem aceitas em programas de treinamento, o que poderia significar promoções a postos que tenham alguma forma de enriquecimento qualitativo nas tarefas (RIZEK e LEITE, 1998).

Assim, as novas exigências do mercado de trabalho não fazem desvanecer antigas formas de discriminação às mulheres, que são verificadas em atributos tipificados como femininos: destreza, capricho, disciplina, agilidade, responsabilidade (CUNHA,

1998), submissão, docilidade, dedicação, compromisso (ACEVEDO, 1997), delicadeza, atenção, sensibilidade, concentração, paciência, movimentos leves e precisos, entre tantos (OLIVEIRA e BARRETO, 1997). Estes atributos são requeridos pelos empresários por considerá-los ideais ao trabalho polivalente e intenso (intensificação e extensão da jornada de trabalho). *“Nos dizia um patrão de uma indústria metalmecânica de médio porte, com 38 trabalhadores(as), das quais 35 mulheres jovens, que as preferia por serem mais obedientes, faltarem menos e renderem mais. Além disso não tinham interesse nos sindicatos”* (ACEVEDO, 1997, p. 28).

O que nos é permitido afirmar até aqui é que a participação feminina no mundo do trabalho se dá a partir da divisão sexual do trabalho. *“Isto significa que a organização do processo de produção e de trabalho incorpora, no interior da empresa, o padrão dominante de relações sociais entre os sexos existente na sociedade em geral...”* (COHN e MARSIGLIA, 1994, p. 64) e que as mudanças tecnológicas e organizacionais ocorridas no sistema produtivo entre os anos 80 e 90 se deram de forma desigual entre os gêneros, cabendo a elas os postos com funções mais pobres e a eles os mais qualificados e com maior poder de negociação com as empresas. Assim, as mulheres de menor qualificação, que muitas vezes não têm suas reivindicações colocadas pelos seus sindicatos (categorias consideradas femininas têm uma baixa representação sindical), trabalham em organizações *“com cadências e ritmos impostos por linhas de montagem, máquinas e/ou normas disciplinares, ou pela demanda do cliente (sistema just-in-time).”* (BRUSCHINI, 1994, p.13)

Estes fatores nos ajudam a compreender o crescimento da participação da mulher no mercado de trabalho e a sua manutenção mesmo em momentos de crise como os vividos nas décadas de 1980 e 1990.

A participação feminina no mercado de trabalho teve um expressivo aumento ao longo do século 20. Na Austrália em 1901 a porcentagem de mulheres trabalhadoras era de 20,5%, após o fim da 2ª Guerra Mundial houve uma ampliação da participação das mulheres na indústria, predominantemente imigrantes que não falavam inglês, peça importante para o rápido crescimento manufatureiro durante os anos 1950 e 1960, ocupando as funções com menores salários e mais depreciadas. Em 1972, este número de

mulheres trabalhadoras era de 32,0%, em 1988, 40% delas eram casadas, com filhos menores de 5 anos de idade, e dois terços trabalhavam em tempo parcial (TTP) tendo a grande maioria vínculos precários, com pouco ou nenhum controle sobre suas tarefas. Trabalhavam em escritórios, em indústrias nas linhas de montagem, como professoras e serviços auxiliares na saúde (QUINTNER, 1995).

No Brasil, a presença feminina é majoritária em determinados segmentos do mercado de trabalho desde as primeiras décadas do século 20. Em 1920, as mulheres na indústria de transformação de São Paulo eram 33,7% da força de trabalho, e na indústria têxtil, eram 51%, no setor de vestuário, 40%, e no setor químico, 31%. No entanto é a partir do anos 40 que se intensifica a participação das mulheres no mercado de trabalho (ARAÚJO, 2002).

SEGNINI (1998) em sua pesquisa com a população feminina bancária coloca que as mulheres ocupam postos de trabalho de operações simplificadas e repetitivas demandadas pelos sistemas informatizados, com o aumento do volume de trabalhos bancários a partir da década de 60. Apesar de as bancárias terem um grau de escolaridade elevado, maior do que entre os bancários, estando mais preparadas para assumir cargos de responsabilidade, esta qualificação não implica maior remuneração por parte do banco, uma vez que esta não é uma exigência explícita para os cargos.

Na década de 70 a participação feminina consegue estender-se para além dos seus espaços tradicionais, ocupando postos até então exclusivamente masculinos (OLIVEIRA, 1997a). A taxa de atividade (porcentagem de trabalhadores acima de 10 anos de idade sobre o total da população) feminina no Brasil passou de 18,2%, em 1970, para 35,6% em 1983, representando 33,3% da População Economicamente Ativa (PEA), distribuída pelo setor primário, 18,7%, setor secundário, 46,79%, e setor terciário, 69,2%, ocupando predominantemente dois ramos de atividade: sociais (73,1%) e prestação de serviços, incluídas as empregadas domésticas (64,5%) (SENNA e FREITAS, 1993).

A expansão da participação feminina no mercado de trabalho e o seu crescimento, a partir da década de 1970, deveram-se à soma de diversos fatores:

- Intensificação das lutas feministas por autonomia e igualdade de direitos, a necessidade subjetiva das trabalhadoras, o seu desejo de estarem presentes no mercado de trabalho e com isso conquistarem mais espaço na sociedade (LAVINAS, 2001);
- O crescimento da escolaridade feminina frente à masculina;
- A expansão da economia, modernização das cidades e das empresas, gerando, de um lado, novas necessidades e desejos de consumo e de outro, mudanças na produção e organização das empresas, elevando a oferta de empregos e gerando a necessidade de uma mão-de-obra com maior grau de instrução e informação;
- A queda nos índices de natalidade com a redução do tamanho das famílias, em média de 3,4 membros, facilitando a entrada e permanência da mulher no mercado de trabalho;
- A deterioração dos salários dos trabalhadores, principalmente dos chefes de família, pressionando as cônjuges e as filhas das classes baixa e média a ingressarem no mercado de trabalho e
- A precarização de serviços públicos como saúde e educação, levando a sociedade a arcar diretamente com os custos destes serviços (BRUSCHINI e LOMBARDI, 2002).

Os dados sobre o mercado de trabalho nos dão sinais de como ocorrem as disparidades da exploração da mão-de-obra entre os gêneros. Mesmo ocupando a mesma função e tendo a mesma escolaridade as mulheres recebem salários menores e são preteridas num processo de promoção. A grande maioria trabalha em atividades consideradas ‘próprias de mulher’, por sua semelhança com as funções familiares e domésticas como professoras, enfermeiras, secretárias, costureiras, etc., sofrem mais com o

desemprego, subemprego e o trabalho precário. Fica evidente que as mudanças culturais e sociais sobre o papel da mulher na sociedade, embora observáveis, ocorrem de forma lenta e não alteram o cerne da questão que é a divisão sexual das atividades e responsabilidades domésticas e familiares.

A consolidação da presença feminina no mercado de trabalho é demonstrada pelo contínuo crescimento da PEA feminina entre 1970 e o final da década de 1990. Segundo dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD) do IBGE, a taxa de atividade feminina no período atingiu 47%, mais de 31 milhões de trabalhadoras, representando 41% da força de trabalho brasileira. (BRUSCHINI e LOMBARDI, 2002).

Em artigo anterior a este, usando também dados da PNAD/IBGE e os obtidos pela Relação Anual de Informações Sociais do Ministério do Trabalho (RAIS), BRUSCHINI (1994) nos traz que entre 1981 e 1990 houve uma elevação constante na participação feminina no mercado de trabalho. Em 1990, o número de mulheres trabalhadoras no Brasil era de 23 milhões, sendo 18 milhões nas zonas urbanas. Sete milhões de novas trabalhadoras urbanas foram incorporadas ao mercado de trabalho neste período. No entanto, até o início da década de 90 elas não haviam atingido a marca dos 40% do total de trabalhadores das zonas urbanas e 30% das rurais.

No Chile, segundo DÍAZ e MEDEL (1997), entre 1986 e 1995 houve um aumento de 37% no emprego feminino, contra 24% do masculino, com um crescimento médio anual entre 1994 e 1996 de 3,5% para as mulheres e 1,5 entre os homens. A participação das mulheres no total de cargos ocupados passou de 29%, em 1986, para 31,5%, em 1996, também são maiores as taxas de desemprego, sobretudo nos jovens com idade entre 15 e 24 anos, e o tempo de busca quando comparadas aos homens.

Na França, entre 1982 e 1994, a taxa de atividade entre as mulheres de 25 a 54 anos passou de 66,1% para 76,7% (HIRATA, 1998). Dados levantados por DAVID, VOLKOFF, CLOUTIER e DERRIENNIC (2001) na França e em Quebec/Canadá mostram que entre 1997 e 1998 a taxa de participação das mulheres entre 25 e 45 anos foi superior a 75% em Quebec e 70% na França, aproximando-se dos índices encontrados em homens da mesma idade.

Na Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), a participação das mulheres no mercado de trabalho, entre 1989 e 2001, passou de 38,3% para 43,2%, representando também um aumento na participação feminina no total de rendimentos que em 1989 era de 25,3% e em 2001 de 32,7%. O aumento dos rendimentos femininos deveu-se à ampliação no seu total de ocupados e na queda da participação masculina de 5,6% no total de ocupação (FUNDAÇÃO SEADE, 2001c).

Nos anos 1990, com exceção dos países da África Sub-sahariana, houve uma estagnação ou regressão do emprego masculino, decorrente do processo de intensificação da concorrência internacional, com o aumento da oferta de vagas de trabalho remunerado para mulheres. Este aumento (que se deu tanto no mercado formal como informal) não significou maior democratização ou equidade nos tratamentos e acessos para homens e mulheres, ao contrário, o que a autora coloca é que permanecem as diferenças entre os sexos. O que parece é que o capital se apropria destas diferenças para forçar maior liberalização das relações de trabalho. Os novos postos ofertados às mulheres têm suas atividades mais intensas e em condições mais precárias das existentes anteriormente. *“As pesquisas realizadas por economistas feministas indicam claramente essa tendência. Trata-se de um dos paradoxos da globalização, este aumento do emprego remunerado acompanhado pela sua precarização e vulnerabilidade crescentes”* (HIRATA, 2002, p. 144).

Estima-se que entre 1989 e 2001, 70% dos novos postos de trabalho gerados na RMSP (1.158.000) tenham sido ocupados por mulheres. Uma ampliação de 32,9% na ocupação feminina e de 8,7% na masculina no período. Os 315.000 postos de trabalho perdidos entre 1989 e 2001 significaram a demissão de 358.000 trabalhadores do sexo masculino e a contratação de 43.000 do sexo feminino (FUNDAÇÃO SEADE, 2002b).

Na década de 1980, no Brasil, os homens tinham uma participação estável e progressiva de trabalho, tendo como ápice a faixa etária entre 30 e 40 anos. Entre as mulheres havia diferenças regionais. No Sudeste o pico de participação no mercado de trabalho era de 20 a 24 anos, e no nordeste entre 30 e 39 anos, esta diferença decorre do predomínio do trabalho industrial na primeira região e de serviços na segunda. Enquanto a indústria tem preferência por mão-de-obra de mulheres mais jovens, solteiras e sem filhos,

o setor de serviços prefere as mulheres mais velhas, casadas e com filhos. O aumento da participação feminina está relacionado ao aumento das cônjuges no mercado de trabalho, passando de 20% em 1980, para 37,6% em 1990 (BRUSCHINI, 1994). Na indústria maquiladora da fronteira do México com os Estados Unidos, as mulheres são a maioria dentre os trabalhadores deste tipo de indústria. A maioria é de jovens com idade média de 26,5 anos, sendo 50% menores de 25 anos, migrantes de outras regiões do país, 54% com segundo grau completo ou incompleto, 38,4% são solteiras, 31,3% têm pelo menos um filho (VIDALES, 1997).

Durante a década de 1990 houve, também, uma mudança do perfil das trabalhadoras, sendo que a taxa mais alta de atividade feminina se encontra naquele grupo formado por mulheres, casadas, entre 30 e 39 anos, 66%, e entre 40 e 49 anos, 63%. Ao que BRUSCHINI e LOMBARDI (2002) atribuíram a expansão do setor terciário.

Tabela 10 – Taxas de atividades femininas segundo faixas de idade

Faixas de idade	1970	1980	1990	1998
10 a 14 anos	6,5	8,4	10,6	11,4
15 a 19 anos	23,6	31,3	41,4	41,6
20 a 24 anos	27,7	38,5	52,9	61,6
25 a 29 anos	23,1	36,3	52,7	64,5
30 a 39 anos	20,1	35,1	54,7	66,4
40 a 49 anos	19,5	30,7	49,5	62,6
50 a 59 anos	15,4	21,5	34,5	46,6
60 anos e mais	7,9	7,5	11,5	19,1
Total	18,2	26,6	39,2	47,5

Fonte: BRUSCHINI, 2002

Com relação ao nível de emprego formal a década de 90 se caracterizou pela diminuição no número de postos de trabalho. Dados estatísticos da FUNDAÇÃO SEADE (2002b) indicam entre 1989 a 2001 uma queda de 30,46% no nível de emprego formal (aquele que no setor privado é coberto pela CLT e no setor público pelo vínculo estatutário.) na Região Metropolitana de São Paulo (RMSP), passando de 62,1% para 47,6%, com um crescimento das subcontratações, trabalho temporário, sem registro e autônomo, sem a necessária contrapartida da responsabilidade das empresas sobre estes trabalhadores, e com salários abaixo dos recebidos pelos trabalhadores com vínculo formal. Em 2001, registrou-se, no setor privado, a jornada de trabalho acima da legal em 36,6% das assalariadas com carteira assinada e em 39,8% das sem carteira. Este movimento aponta para a menor utilização de mão-de-obra com registro de trabalho (fruto das mudanças organizacionais e tecnológicas) com maiores exigências de instrução, menores salários e mais horas trabalhadas.

Nos anos 90, houve um aumento do desemprego na RMSP. Entre os homens a taxa subiu de 7,5% para 14,9% e entre as mulheres passou de 10,6% para 20,8% entre 1989 e 2000. A taxa de ocupação entre as mulheres caiu 11,4% e entre os homens caiu 8%. Isto pode ser observado quando analisamos o desemprego como um todo, onde as mulheres representam 53,3% de todos os desempregados em 2001. Em 2000, uma em cada cinco mulheres da RMSP pertencentes à População Economicamente Ativa (PEA) estava desempregada. Não somente as taxas de desemprego aumentaram como também o tempo de desemprego também subiu entre as mulheres passando de 1 para 2 anos de espera e triplicando entre os homens, passando de 5 meses para 1 ano e 3 meses. Situação semelhante é observada em 12 países da América Latina apontados pela OIT nos quais a taxa de desemprego entre as mulheres que vivem nos grandes centros urbanos superavam em quase 50% o número de homens desempregados, em 1998, em especial naqueles cargos de menor rendimento. Na França a taxa de desemprego entre as mulheres nos anos 90 era 4 pontos percentuais, em média, superior a dos homens. O homem gasta, em média, $\frac{3}{4}$ do seu tempo desempregado buscando um novo posto, as mulheres a metade do seu tempo (FUNDAÇÃO SEADE, 2001c).

A tabela abaixo mostra a evolução do desemprego, ano a ano na RMSP, por gênero.

Tabela 11 - Taxas de Desemprego, por Sexo, na Região Metropolitana de São Paulo, 1985-2000

Anos	Mulheres		Homens		Relação
	Taxas	Variação Anual	Taxas	Variação Anual	Tx. das Mulheres/Tx dos Homens (em porcentagem)
1985	15,5		10,1		53,5
1986	12,7	-18,1	7,6	-24,8	67,1
1987	12,2	-3,9	7,3	-3,9	67,1
1988	12,1	-0,8	8,1	11,0	49,4
1989	10,6	-12,4	7,5	-7,4	41,3
1990	12,1	14,2	9,1	21,3	33,0
1991	13,0	7,4	10,8	18,7	20,4
1992	17,1	31,5	13,9	28,7	23,0
1993	16,3	-4,7	13,4	-3,6	21,6
1994	16,4	0,6	12,7	-5,2	29,1
1995	15,3	-6,7	11,8	-7,1	29,7
1996	17,2	12,4	13,5	14,4	27,4
1997	18,3	6,4	14,2	5,2	28,9
1998	21,1	15,3	16,1	13,4	31,1
1999	21,7	2,8	17,3	7,5	25,4
2000	20,9	-3,7	15	-13,3	39,3

Fonte: FUNDAÇÃO SEADE, Boletim Mulher e Trabalho, nº5, 2001c

DÍAZ e MEDEL (1997) lembram que, ao analisarmos a jornada de trabalho feminino, devemos sempre incorporar o trabalho doméstico. Estudos conduzidos com trabalhadoras da indústria de confecção, fruticultura e pesca demonstraram que mais de 80% delas dedicavam entre duas e quatro horas de trabalho às atividades do lar. ASZKENAZI (1997) observa que as mulheres casadas que trabalham fora de casa têm 17% a menos de tempo do que os homens casados para lazer e descanso.

Estudo realizado com 26 trabalhadoras administrativas de uma fábrica de cigarros constatou que 53,8% delas trabalhavam mais de 40 horas semanais, 42,31% mais de 48 horas semanais e 27% tinham um trabalho complementar. Vinte e três por cento delas sustentavam a família e 23% dedicavam o tempo livre às atividades domésticas (ACEVEDO, 1997).

Houve um grande crescimento no trabalho precário, sobretudo naquele sem registro na carteira de trabalho. Segundo a Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios – PNAD, de 1999, as mulheres representavam 40% do total de trabalhadores ocupados no Estado de São Paulo, 34,5% das trabalhadoras tinham carteira assinada. Para que as mulheres protegidas pela CLT tivessem a mesma proporção do que os homens era necessário que fossem 15,6% maior (FUNDAÇÃO SEADE, 2002b). O tipo de vínculo influencia profundamente as possibilidades de trabalho que tendem a uma estratificação. As mulheres, mais que os homens, trabalham em postos com menor proteção da legislação como: empregadas domésticas e autônomas. Em 2000, eram 29,8% de mulheres e 20,1% de homens nesta situação, fora do assalariamento (FUNDAÇÃO SEADE, 2001c).

BRUSCHINI e LOMBARDI (2002) apontam que as mulheres representam grande parte dos trabalhadores informais. Apesar do crescimento da participação feminina no mercado de trabalho formal, em 1998 apenas 38,4% dos registros de emprego formalizados eram femininos. Segundo dados estimados da Pesquisa Mensal de Empregos (PME) do IBGE, no final dos anos 90, 50% dos ocupados nas principais regiões metropolitanas brasileiras trabalham de forma informal. Dados do DIEESE sobre o local de trabalho e a posição na família na cidade de São Paulo mostram que, em 1981, 5% de um total de 10 milhões de pessoas, a maioria esposas, exerciam atividades denominadas “bicos” como manicure, costureira e quituteira de doces. Na Grande São Paulo, em 1985,

10,2% dos cônjuges trabalhavam em casa, contra 2,6% do total da população da região. O trabalho informal e domiciliar permite à mulher a conciliação entre as atividades domésticas e de cuidado dos filhos com a atividade remunerada, porém os ganhos são instáveis, não há proteção legal e previdenciária e sua parcela de participação financeira no total de vencimentos da família permanece invisível. Vinte e seis por cento das mulheres realizam trabalhos em sua própria casa, enquanto porcentual igualmente elevado trabalha em outros domicílios:

É possível supor que entre as mulheres que trabalham no domicílio se encontrem tanto as empregadas domésticas quanto às trabalhadoras domiciliares autônomas ou subcontratadas para a indústria, as quais, através da costura, da produção de alimentos e de inúmeras outras atividades informais, contribuem para a renda, quando não para o próprio sustento do grupo familiar (BRUSCHINI, 1994, p.190).

Segundo ACEVEDO (1997), o emprego instável nos setores não estruturados, de tempo parcial e precário afeta mais as mulheres, que os aceitam com mais facilidade que os homens. Esta situação entre as mulheres repercute em piores condições de vida e saúde para a trabalhadora e sua família, sobretudo para aquelas que são “chefes de família”.

A redução de 315 mil postos de trabalho formais entre 1989 e 2001, na RMSP, foi acompanhada por uma crescente oferta de trabalho autônomo (598 mil), sem registro (490 mil) e outras formas de trabalho (418 mil respectivamente). O setor Industrial, responsável por parte do emprego de mão-de-obra masculino, teve um aumento de 42,1% no número de demissões de trabalhadores com carteira assinada. No entanto ampliou-se em 57,6% o contingente daqueles sem registro, semelhante para ambos os sexos. O trabalho subcontratado teve um crescimento de 123,1% (1,8% em 1989, 3,3% em 2001), com vencimentos inferiores aos do trabalho formal e jornadas laborais maiores. Para o comprador de serviços há uma diminuição de custos e encargos e dos possíveis “incômodos” causados por doenças e acidentes do trabalho, uma vez que estes são de responsabilidade do empregador (FUNDAÇÃO SEADE, 2002b). Em Quebec, entre 1976 e 1996 o trabalho autônomo cresceu 132% entre as mulheres contra 60% entre os homens (DAVID,VOLKOFF, CLOUTIER e DERRIENNIC, 2001).

Como nos mostra HIRATA (2002), o aumento da participação das mulheres no mercado de trabalho em nosso país coincide com o crescimento da precarização do emprego, o mesmo ocorrendo na França, na década de 90. Em 1982, 18% do total de trabalhadoras encontravam-se em condições precárias de trabalho. Em 1998, 1 em cada 11 trabalhadores franceses tinha um trabalho precário, entre as mulheres, 31%. Em 2000, 43% dos empregados estão em trabalhos precários.

Ou seja: apesar de todos os avanços obtidos pela mulher na última década nota-se

que a inserção das mulheres no mercado de trabalho brasileiro tem sido caracterizada através do tempo pela marca da precariedade que tem atingido uma importante parcela de trabalhadoras. Mesmo que os dados sinalizem para um decréscimo relativo desse contingente na década de 90, ainda assim, em 1998, nada menos que 36% da força de trabalho feminina ou 10 milhões de mulheres situavam-se em nichos precários do mercado de trabalho, seja como trabalhadoras domésticas, seja realizando atividades não remuneradas ou trabalhos destinados ao consumo próprio ou do grupo familiar. O desfavorecimento dessa colocação feminina fica ainda mais patente quando é confrontada com os homens: em 1998, apenas 10% deles se encontravam naquelas situações (BRUSCHINI e LOMBARDI, 2002, p. 174).

Apesar da profissionalização e do crescimento do trabalho feminino o que se observa é a manutenção da divisão sexual do trabalho, o que BRUSCHINI e LOMBARDI (2002) vão chamar de “guetos” como o setor terciário, sobretudo na prestação de serviços onde se encontram alguns dos empregos de mais baixo prestígio e remuneração, seguido do setor social, industrial e comercial. A concentração das mulheres trabalhadoras em poucas funções eleva a competitividade entre elas e a redução dos níveis salariais (ARAUJO, 2002). Nos anos 80 aumenta a participação do setor terciário como gerador de empregos de 46% em 1981 para 54,5% em 1990. Estes trabalhos, considerados “de mulher”: empregadas domésticas, lavadoras, operárias, secretárias, balconistas, professoras, enfermeiras, etc. concentram 70% da força de trabalho feminina no período. Apesar das conquistas obtidas pelas mulheres, com novos espaços como técnico-científico, a concentração das ocupações femininas permaneceu pouco alterada.

Também na educação se observa a concentração das mulheres em *guetos* que se reproduzem posteriormente na sua participação como profissionais. Na educação de nível superior há maior concentração feminina em cursos como nutrição, pedagogia, cursos de licenciatura, enfermagem, psicologia, fonoaudiologia, assistência social, entre outros, em que pese algumas aberturas. Esta formação as qualifica para ocupar “*os chamados guetos profissionais femininos no mercado de trabalho, ocupações com elevado contingente de mulheres que, devido a essa característica de gênero, detêm menor prestígio e níveis mais baixos de remuneração*” (BRUSCHINI e LOMBARDI, 2002, p. 186). A forma de ensino também mantém-se tradicional. No Brasil o SENAI, apesar de ter observado um crescimento no número de mulheres aprendizes, de 7,9%, em 1980, para 15%, em 1995, ainda mantém o mesmo conteúdo tradicional de ensino para as mulheres, com treinamentos para o ramo têxtil e alimentício (HIRATA, 1998)

SENNA e FREITAS (1993) apontam para uma concentração, no setor industrial, em ramos como têxtil, vestuário, alimentação, bebidas e materiais elétricos. ARAUJO (2002) observa a grande concentração de mulheres no comércio e no setor de serviços (cabeleireiras, manicures, lavadeiras, domésticas, professoras, enfermeiras, secretárias, telefonistas, recepcionistas, digitadoras, cozinheiras, escriturárias, etc.).

Na região metropolitana de São Paulo, o setor de Serviços apresentou, entre 1989 e 2001, uma ampliação de 55,4% do total de assalariados (setor privado), com um crescimento de 125% dos sem registro, contra 39,2% dos registrados. Entre os gêneros, houve crescimento de 164% das mulheres e 47,5% dos homens sem registro e 103,6% e 33,7% com registro, respectivamente. No comércio, houve um crescimento de 25,8% do total de vagas oferecidas com elevação de 12,4% dos homens e 49,9% das mulheres registrados. Entre os sem registro o crescimento foi de 91,8% para as mulheres e 63,0% para os homens (FUNDAÇÃO SEADE, 2002b).

DAVID, VOLKOFF, CLOUTIER e DERRIENNIC (2001) colocam que foi o setor terciário o responsável pelo crescimento da taxa de participação das mulheres em Quebec em 1996 sobretudo entre aquelas com filhos, sendo a taxa de crescimento da participação das mulheres superior ao total da população.

No México, em 1990 este tipo de trabalho concentra 55,4% das mulheres ocupadas em atividades como empregadas de escritório, atendentes e comerciárias ou trabalhadoras domésticas. “*De fato, quase todos os trabalhadores do setor terciário são considerados femininos e aí se encontram 70,3% das trabalhadoras remuneradas*” (ANDRADE, 1997, p.13).

Segundo dados do *Instituto de la Mujer* da Espanha, em 1990, da população feminina economicamente ativa, 77% encontravam-se no setor de serviços, 13% na indústria e 10% na agricultura. (MESSING, SEIFERT e GONZÁLES, 1997).

Os dados da RAIS de 1998 nos dão que 87% dos secretários, 85% dos telefonistas, 83% dos recepcionistas, 67% dos auxiliares de escritório e caixas, 65% dos arquivistas e 60% dos agentes administrativos são mulheres (BRUSCHINI e LOMBARDI, 2002).

O crescimento da participação das mulheres no setor terciário – setor já com tradicional concentração de mão-de-obra feminina – deu-se paralelamente às crises econômicas da década de 90 e a mudanças nas organizações empresariais. Levando um grande número de mulheres que estavam fora do mercado de trabalho a procurarem emprego, muitas delas tornando-se responsáveis pela manutenção financeira da família (HIRATA, 2002).

A participação feminina no mercado de trabalho, a partir dos anos 90 na Europa e desde 60 no Japão, tem se intensificado pela contratação através do trabalho de tempo parcial (TTP) que permitiria à mulher conciliar as atividades domésticas com as profissionais. Este regime, que à primeira vista poderia significar um menor número de horas trabalhadas com um menor salário, na prática tem se mostrado apenas um regime de redução salarial, uma estratégia de precarização do trabalho, onde a trabalhadora se encontraria mais vulnerável e fragilizada, descoberta da proteção social.

O que a princípio seria uma opção para que as mulheres pudessem conciliar as tarefas domésticas com as profissionais não ocorre. O TTP tem se imposto, uma vez que o maior número de oportunidades de emprego oferecidas na década de 90 às mulheres na

Europa e no Japão foi de período parcial. Na Venezuela o trabalho de tempo parcial é a principal alternativa de trabalho oferecida às mulheres, sendo uma forma de precarização do trabalho, mal remunerada e sem benefícios sociais, mais freqüente no setor terciário (ACEVEDO, 1997).

SEGNINI (1998), ao analisar o trabalho de tempo parcial das bancárias, coloca:

... no contexto da acumulação flexível, as relações de poder no trabalho em tempo parcial não revela novas formas de relações sociais nas relações de gênero no trabalho, mas a permanência de antigos papéis considerados femininos (mãe, esposa, dona de casa), sendo apropriados pela organização do trabalho informático como elemento minimizador de conflitos e maximizador da eficiência no mundo do trabalho (SEGNINI, 1998, p. 159)

No Brasil, se o TTP não é uma prioridade, uma vez que o emprego aqui já é bastante flexível, no entanto há ações governamentais visando à diminuição dos custos para os empresários na contratação e demissão de trabalhadores. Isto traz à tona a discussão política e social de temas como a redução das horas trabalhadas (com ou sem redução de salários) e a possibilidade da criação de novas formas de emprego: mais precárias e instáveis. O objetivo, como em outros países, é atrair o capital nacional e internacional, com a criação de novos postos de trabalho, através da redução dos custos da mão-de-obra e a maior flexibilização dos empregos. Na França, a legislação estimula a contratação de TTP com a redução de encargos sociais em 30%, além de outras facilidades, o mesmo sendo observado no Japão (HIRATA, 1998).

Por outro lado, a queda do poder aquisitivo da população, o aumento do desemprego e do número de famílias em que a mulher é a única mantenedora financeira têm empurrado um grande contingente feminino, que antes apenas se dedicava às atividades domésticas, ao mercado de trabalho (FUNDAÇÃO SEADE, 2002b).

Dados do PNAD/IBGE mostram que, em 1998, o número de famílias chefiadas por mulheres chega a representar 26% do total de famílias no Brasil. A maior porcentagem encontra-se entre aquelas de menor poder aquisitivo, 14% delas com rendimentos abaixo de 1 salário mínimo (BRUSCHINI e LOMBARDI, 2002, p. 163).

O rendimento médio familiar decresceu 12,3% no período de 1994 a 2001 na RMSP e que o rendimento médio dos chefes de família caiu 20,5%. Em 1994, ele representava 57,0% da renda média familiar, em 2001, 51,7%. Esta queda menor do rendimento familiar deve-se a uma maior participação feminina e sua menor perda de rendimentos em comparação aos homens. O rendimento familiar *per capita* acumulou perda de 7,4%, considerando que o tamanho médio das famílias se manteve relativamente estável (3,39 pessoas) (FUNDAÇÃO SEADE, 2002a).

O salário médio/hora no setor privado apresentou queda de 25,9%, entre 1989 e 2001, isto sem contar as perdas decorrentes da inflação do período. A queda no setor público foi ligeiramente menor, cerca de 23,9%. Ao contrário do que vem ocorrendo com a contratação formal que teve queda de 9,2%, o trabalho sem registro apresentou um crescimento de 83,7%, sendo de 113,5% para as mulheres e de 69,5% para os homens, com um aumento do rendimento médio por hora de 8,3% e 6,6% respectivamente. O salário médio foi reduzido tanto para homens quanto para mulheres. No entanto, houve uma aproximação dos salários entre os gêneros por causa da maior queda dos rendimentos entre os homens empregados formalmente. Em 1989, as mulheres recebiam o equivalente a 64,0% do que recebiam os homens, em 2001, a proporção era 75,5% (FUNDAÇÃO SEADE, 2002b). Em 1998, 39% dos ocupados e 47% das ocupadas ganhavam até 2 salários mínimos, entre estes 18% e 26%, respectivamente, recebiam até 1 salário mínimo. Esta situação não ocorre só no Brasil. Entre 1991 e 1996, segundo a OIT as mulheres trabalhadoras (exceção da agricultoras) recebiam 72% da quantia paga aos homens no Brasil, no Japão, 62% e na França, 81%, respectivamente (BRUSCHINI e LOMBARDI, 2002).

A alta rotatividade da mão-de-obra contribui para reduzir os salários: os trabalhadores com 6 meses ou menos de trabalho ganham o equivalente a 43% do que recebem aqueles com 5 ou mais anos. Em 2000, por exemplo, a rotatividade entre os trabalhadores com registro expressa-se em 2.699.690 contratações e 2.367.123 demissões (FUNDAÇÃO SEADE, 2001a).

Em relação à distribuição de renda entre os ocupados, observou-se em 2000 que 50% daqueles com menor rendimento correspondem a 16,3% do total de rendimentos do trabalho, enquanto os 10% com maiores rendimentos, a 42,6% deste total (FUNDAÇÃO SEADE, 2002b), o que demonstra uma bi-polarização do mercado de trabalho, o que HIRATA (2002), BRUSCHINI e LOMBARDI (2002) apontam como uma tendência da participação feminina no mercado de trabalho.

De um lado, trabalhadoras ocupando postos executivos e intelectuais com altos salários e prestígio, ocupações de nível superior nas áreas jurídica, de ensino e das artes, responsáveis pela oferta de 18% dos empregos femininos (BRUSCHINI e LOMBARDI, 2002), de outro, um segmento formado por trabalhadoras ocupando postos de menor prestígio, valor social e remuneração como serviços administrativos, turismo, higiene e beleza e auxílio à saúde, que no Brasil representam 50% dos empregos femininos formais. É neste pólo que também se encontram os trabalhos informais e os trabalhos precários (BRUSCHINI e LOMBARDI, 2002).

Esta bipolarização ocorre no Brasil, em países europeus desenvolvidos como a França e também nos Estados Unidos. Na França, a taxa de feminização dos cargos executivos e intelectuais passou de 24%, em 1982, para 34%, em 1998. Atualmente pouco mais de 10% das mulheres trabalhadoras pertencem a esta categoria. No Brasil, as mulheres que ocupam altos cargos executivos, em 1991, representam 3,47% dos trabalhadores dos 300 maiores grupos privados nacionais, entre as 40 maiores empresas estatais são 0,94% e entre as 40 maiores corporações estrangeiras, 0,48% (HIRATA, 2002).

O aumento no número de mulheres no mercado de trabalho não representou um aumento da distribuição de renda entre os gêneros, nem mesmo uma equidade na participação da força de trabalho. HIRATA (1998), observando o trabalho feminino no Brasil, França e Japão, aponta para o fato de que o aumento da presença feminina em postos no mercado de trabalho até então eminentemente masculinos, decorrente das mudanças organizacionais e dos avanços tecnológicos, não significou, via de regra, um reconhecimento da equidade de competências entre os gêneros. Ao contrário, o que vem ocorrendo é a substituição de uma mão-de-obra qualificada e cara por outra mais barata, em decorrência da automatização do processo de trabalho. A autora cita o caso de uma empresa

onde as máquinas anteriormente eram preparadas por contramestres. Esta atividade, *“até então qualificada, passou a ser repetitiva e sem responsabilidade, justificando salários rebaixados e conseqüente desvalorização do emprego”*.

As mulheres com maior nível de instrução são em maior número entre os ingressantes no mercado de trabalho. No Brasil, houve um aumento da taxa de participação de mulheres adultas, com nível de instrução média e elevada, passando de 33,6% em 1979 para 39,2% em 1990 (HIRATA, 1998). Estimuladas talvez por atividades gratificantes e de maior retorno financeiro, que compense sua ausência do lar. Esta tendência observada em anos anteriores se mantém como projeção, posto que estas mulheres trabalham cada vez mais. Enquanto na média global 39,2% das mulheres trabalhem e entre as não instruídas 28% trabalhem, entre aquelas com 9 anos ou mais de estudo esta parcela sobe para cerca de 64% (HIRATA, 1998). A análise dos dados do IBGE e do Ministério da Educação demonstra que as mulheres brasileiras têm um maior número de anos de educação, na população em geral. Em 1999, eram 58,5% dos concluintes do ensino médio e 61% entre aqueles que concluíram o ensino superior em 1997 (BRUSCHINI e LOMBARDI, 2002).

Mesmo com um nível de escolaridade maior, as mulheres recebem salários menores do que os homens. Dados da RAIS de 1976 nos mostram que os homens, na época, ganhavam em média 60% a mais do que as mulheres no setor formal, e na indústria eles ganhavam 80%, serviços, 59%, e no comércio, 50% a mais do que as mulheres. O censo de 1980 aponta que as mulheres têm o salário menor que os homens mesmo em cargos considerados femininos. Assim, no magistério por exemplo, composto 87% por mulheres, estas recebiam, em média, 1,9 salário mínimo, sendo que os homens 5,3. Em uma atividade que concentra um maior número de homens, a engenharia, enquanto estes ganham, em média, 17 salários mínimos ao mês, as mulheres recebiam 9 salários mínimos. O fator experiência não diminui estas diferenças, ao contrário pode intensificar. Dados de 1988, do Ministério do Trabalho apontam que a média salarial entre os trabalhadores até o 6º mês de trabalho é de 2,9 salários para os homens e 2,2 para as mulheres. Com 10 anos ou mais, a diferença passa a ser maior: 10,9 salários para os homens contra 7 salários para as mulheres (BRUSCHINI, 1994).

Em 1985, 58,61% das mulheres trabalhadoras recebiam até um salário mínimo, contra 33,79% de trabalhadores na mesma situação (SENNA e FREITAS, 1993). Em 1996, na cidade de Quebec, 70% das mulheres ganhavam menos de US\$10.000 por ano, situação vivida por 28% dos homens (DAVID, VOLKOFF, CLOUTIER e DERRIENNIC, 2001).

Com relação ao tipo de função, entre 1989 e 2001, a queda do salário feminino anual médio foi superior entre aquelas que atuavam nas tarefas de apoio (12%) do que aquele registrado entre as mulheres nas atividades de gerenciamento, direção e planejamento (1,4%), sendo três vezes maior no segundo grupo em relação ao primeiro. Observando-se o rendimento médio por hora do assalariado do setor privado encontramos que as mulheres tiveram uma perda de 11,2% já os homens tiveram uma redução de 30,8% em seus rendimentos. Em relação ao grau de instrução, as maiores taxas de desemprego (entre ambos os sexos) foram registradas entre aqueles com no máximo o ensino fundamental incompleto (19,7%) ou completo (23,7%). A taxa de desemprego entre aqueles com nível superior foi três vezes menor. No entanto, as mulheres com nível superior tiveram uma taxa de desemprego 38,6% maior do que os homens com o mesmo nível de instrução (FUNDAÇÃO SEADE, 2001b). Em 2000, por exemplo, houve um crescimento de 5,4% das contratações com carteira assinada entre as mulheres, sendo que 52,7% das vagas eram para o setor de serviços, para quem possuísse o ensino médio completo (58,7%) e entre 18 e 24 anos (62,1%). Os salários sofreram um decréscimo de 1,5% entre 1999 e 2000. Quarenta e seis por cento das mulheres que foram contratadas em regime de CLT tinham pelo menos 11 anos de estudo; entre os homens 28,2% tinham o mesmo tempo de educação formal (FUNDAÇÃO SEADE, 2002b).

BRUSCHINI e LOMBARDI (2002) observam que a escolaridade se reflete na taxa de atividade. Enquanto a taxa de atividade geral das mulheres, em 1993, era de 47%, entre aquelas com 15 anos ou mais de estudo era superior a 81%. Esta tendência persiste no final da década de 90 com taxa próxima entre aquelas com 11 a 14 anos de estudo, em 70%. COHN e MARSIGLIA (1994) observam que o crescimento no nível de escolaridade *“não é uma exigência do processo produtivo strictu sensu, mas do processo de acumulação em geral, promovendo uma seletividade da força de trabalho não diretamente exigida pelo processo de produção, e, portanto, pelo processo de trabalho”* (COHN e MARSIGLIA, 1994, p. 64).

Este maior nível de escolaridade feminino não tem significado uma vantagem econômica para as mulheres ou a colocação em melhores postos de trabalho. Entre 1989 e 2000 a taxa de desemprego que mais cresceu entre as mulheres foi entre aquelas que tinham o ensino médio completo ou superior incompleto, passando de 5,4% para 14,7% em 2000, 83% superior aos homens com a mesma escolaridade neste mesmo ano. Este fato demonstra a desigualdade quando o diferencial é apenas o gênero, dado que as características educacionais são iguais, o que deixa claro que a escolaridade é um diferencial para os homens, o que não ocorre para as mulheres. A taxa de desemprego das mulheres com ensino médio completo ou superior incompleto equivale à verificada entre os homens com no máximo o ensino fundamental (FUNDAÇÃO SEADE, 2001c).

A diferença de salário se mantém quando observamos os setores da economia, número de horas trabalhadas e o tempo de estudo. Apesar de apresentarem um nível de escolaridade superior quando comparados aos homens, as mulheres acabam ocupando um maior número de vagas de empregos não qualificados (19.9% das mulheres, contra 9,1% dos homens) e recebem, em média, o equivalente a 64,3% do salário masculino.

Observando a tabela podemos ver que entre aqueles que têm mais de 15 anos de estudo e ganham mais de 5 salários mínimos estão 85% dos homens e 67% das mulheres, enquanto entre aqueles que ganham até 2 salários mínimos estão 2,6% de homens e 5,5% de mulheres (BRUSCHINI e LOMBARDI, 2002).

Tabela 12 – Rendimento dos ocupados, segundo o sexo, setores de atividades selecionados, jornada de trabalho e escolaridade de nível superior – Brasil -1998

Classes de rendimento mensal	Setores de atividade				Jornada de trabalho período integral*	Escolaridade superior**
HOMENS	Agrícola	Indústria	Prest.Serviços	Social		
Até 2 SM	53,9	36,6	40,6	26,3	38,0	2,6
Entre 2 e 5 SM	10,6	39,8	37,6	31,6	32,5	8,4
Mais de 5 SM	3,6	19,5	16,4	38,3	22,9	84,6
Sem rendimento	30,0	2,9	3,9	2,4	5,0	0,9
Total***	100	100	100	100	100	100
MULHERES						
Até 2 SM	16,9	49,2	75,8	40,7	43,8	5,5
Entre 2 e 5 SM	1,1	31,0	16,1	34,3	31,3	22,6
Mais de 5 SM	0,2	12,6	3,0	21,8	18,2	67,5
Sem rendimento	81,3	6,1	4,1	2,3	5,6	2,2
Total***	100	100	100	100	100	100

* de 40 a 44 horas

** 15 anos e mais de

*** incluso sem declaração

Fonte adaptada de BRUSCHINI E LOMBARDI.

BRUSCHINI (1994) aponta o baixo nível de representatividade sindical do terceiro setor, mais especificamente das mulheres, como um fator agravante das diferenças salariais entre os gêneros.



4. OBJETIVOS

O objetivo deste estudo é reconstituir a trajetória de trabalho de portadoras das Lesões por Esforços Repetitivos, através de relatos de grupos ocorridos no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de São Paulo, considerando:

1. As relações com os familiares, parentes e amigos;
2. As relações com a empresa e colegas de trabalho;
3. A assistência à Saúde e
4. Impactos sobre a vida cotidiana.



5. UM POUCO SOBRE OS MÉTODOS DE TRABALHO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, um estudo descritivo e exploratório desenvolvido a partir dos relatos de grupos de portadores de Lesões por Esforços Repetitivos em tratamento no CEREST/SP dentro do programa de tratamento e reabilitação das LER. São utilizados transcrições dos encontros gravados pelas equipes dos grupos terapêuticos Oficinas e Qualidade de Vida, obtidos no núcleo de psicologia, que fazem referência à história de vida dos trabalhadores, mais especificamente as trabalhadoras, que são em elevado número entre os portadores de LER (em pesquisa anterior sobre o Grupo Oficinas Terapêutico-Pedagógicas, as mulheres correspondiam a 86,5% de um contingente de 45 trabalhadores estudados) e objeto deste estudo.

As fontes de dados são transcrições de material gravado de três Grupos Oficinas ocorridos nos anos de 1995, 1996 e 1997 e um grupo Qualidade de Vida em 1996.

Os relatos dos grupos são descritos de falas que destacam os eixos centrais das discussões ocorridas nos encontros, a partir da sua própria dinâmica.

Os relatos são analisados através da identificação dos temas recorrentes nos grupos e transcritos trechos de falas que demonstram sintetizar os seus significados. Em seguida, são ordenados de forma a não constituir a somatória de relatos isolados, mas um corpo, um discurso coletivo.

Os grupos, como espaço de coleta de informação de pesquisa, mesmo tendo como função inicial a terapêutica, possibilitam a construção de conceitos coletivos. Os temas discutidos pelos grupos funcionam como idéias centrais, eixos de discussão que mobilizam os trabalhadores. A análise parte do grupo como sujeito coletivo. As falas são o resultado da reflexão, do espaço terapêutico e das emoções que emergem do grupo. Mesmo quando o relato é individual ele emana da sua participação grupal, dos objetivos e contratos estabelecidos que de outra forma possivelmente não ocorreriam.

5.1. GRUPO DE PARTICIPANTES

Os trabalhadores são participantes do Programa de Tratamento e Reabilitação para portadores das LER (PTR-LER), que tem como objetivo propiciar a emancipação, a autonomia e o controle do trabalhador sobre o seu processo de tratamento.

Através da recuperação da trajetória de adoecimento, com base nas informações técnicas existentes e do contato com outros adoecidos com vivências semelhantes, permite a compreensão de sua situação para tornar-se sujeito ativo do seu processo de recuperação e reabilitação, fortalecendo-se para o enfrentamento das dificuldades e limitações decorrentes da sua doença.

O PTR-LER apresenta características multiprofissionais, sendo oferecido ao trabalhador um conjunto articulado de serviços: triagem e consulta médica, grupo qualidade de vida, grupo de trabalho corporal, atendimento fisioterápico, biodança, atendimento psicoterápico e acupuntura.

Fontes das informações

O Grupo Qualidade de Vida:

O Grupo Qualidade de Vida busca atender o trabalhador no início do seu tratamento. Objetiva, a partir da expressão da sua história individual, focada nas LER, a reflexão e o aprendizado sobre a doença e os motivos que levaram ao adoecimento. É no relato de sua experiência e na escuta de seus pares que o participante constrói um conhecimento coletivo que respeita e legitima seu saber do que vêm a ser as LER e os motivos que levaram ao adoecimento. O espaço grupal estimula a expressão de sentimentos e idéias, possibilitando resignificar sua doença e o processo de adoecimento, bem como oferece um espaço de suporte social ao indivíduo para instrumentalizar-se para ações coletivas de enfrentamento.

O Grupo Qualidade de Vida tem frequência de 6 encontros, com duração de 2 horas cada, com uma média de 12 participantes. A equipe é formada por membros da equipe do PTR-LER treinados para esta atividade, sendo um coordenador e dois observadores. A temática e o seu desenvolvimento no grupo surgem a partir das

necessidades internas dos seus componentes, não sendo estruturada previamente. Há um momento inicial de “aquecimento” no qual as pessoas voltam suas atenções para o espaço grupal, o debate sobre as questões que trazem no dia e um “fechamento” em que se propõe o que se discutirá no encontro seguinte.

Oficinas Terapêutico-Pedagógicas

As Oficinas se estruturam metodologicamente:

- Sobre a vertente emancipatória da educação na qual o que se busca é o fortalecimento dos trabalhadores para enfrentar os problemas decorrentes do processo de adoecimento
- Sobre o Psicodrama, proposta psicoterápica que valoriza a ação e participação dos envolvidos, fundamentalmente na dramatização, que possibilita a exteriorização de sentimentos, o resgate da espontaneidade, a reflexão e autoconhecimento no uso dos jogos dramáticos como estratégia facilitadora da reflexão individual e da comunicação grupal.

Elas têm como objetivo, a partir da construção pelo coletivo do grupo de uma determinada tarefa sugerida pelo coordenador, como uma maquete, um painel, uma figura humana, uma pintura ou uma dramatização, por exemplo, refletir sobre as angústias, os medos e os sofrimentos decorrentes das LER. O conhecimento produzido no grupo potencializa o enfrentamento das dificuldades oriundas do adoecimento e contribui para uma postura mais ativa, autônoma e crítica às formas de tratamento e às situações que levaram ao seu adoecimento. É nisto que está a ação psicoterápica das oficinas: a possibilidade de o trabalhador compreender e agir sobre si, livre da estigmatização, da culpa e da ansiedade que comumente cercam o adoecer no trabalho (CHIESA, et. al, 2002).

Os grupos são constituídos de um coordenador e dois observadores, geralmente psicólogos ou outros profissionais do PTR-LER com experiência terapêutica com grupos. O grupo é formado por até 15 participantes e tem como pré-requisito já ter participado do grupo Qualidade de Vida. São feitos oito encontros a partir dos temas: corpo, trabalho, limite, culpa, responsabilidade, dor, cotidiano a partir das LER, relação com colegas,

amigos, familiares e profissionais de saúde e perspectivas de superação. Os encontros têm duração de duas horas divididas em: aquecimento, jogos dramáticos, análise e fechamento final (CHIESA, 1995).

O quadro abaixo mostra o desenvolvimento de cada encontro:

Quadro 3 – Temas e atividades desenvolvidas nas Oficinas Terapêutico-Pedagógicas

TEMA	AQUECIMENTO	ESTRATÉGIA
Corpo	História do nome	Uso de massa de modelagem em um contorno de corpo humano.
Trabalho	Jogos de bexigas com mensagens	Uso de sucata para construção de um painel representando o trabalho.
Limite	Andar pelo espaço em diferentes ritmos	Expressar o conceito de limite através de pintura com tinta guache.
Culpa / Responsabilidade	Jogo de entrosamento	Representação do entendimento sobre estes conceitos utilizando folha sulfite.
Dor	Exercício de relaxamento e autopercepção	Construção de um painel utilizando figuras de revistas.
Cotidiano a partir das L.E.R.	Jogo das mãos entrelaçadas	Representação do cotidiano vivido utilizando fios coloridos.
Relações com os colegas, familiares e profissionais de saúde	Atribuição de uma qualidade para cada membro do grupo	Dramatização dirigida.

Fonte: CHIESA *et al.* 2002

Essas atividades e o material dela derivado geraram uma publicação, recentemente editada (CHIESA, *et. al.*, 2002), e a participação do PAP outros dois artigos (GARBIN, NEVES e BATISTA, 1998 e SETTIMI, M. M. *et al.*, 1998), na qual figuramos como co-autores.



6. RESULTADOS E DISCUSSÕES

A trajetória de mulheres portadoras das LER

“Se as informações estatísticas disponíveis permitem a visualização geral da segregação ocupacional, das desigualdades salariais, da escolarização e da regulação do tempo das trabalhadoras no nível macrossocial, suas histórias de vida revelam nuances desse quadro” (BRITO, 1999)

6.1- DADOS GERAIS

Foram estudados ao todo 3 Grupos Oficinas Terapêutico-Pedagógicas referentes aos anos de 1995, 1996 e 1997 e 1 grupo Qualidade de Vida de 1996 do Centro de Referência em Saúde do Trabalhador - CEREST. Os relatos são gravações transcritas pela instituição, sendo apenas o Grupo Oficinas de 1997 para esta pesquisa.

A falta de dados como o número dos prontuários e nome completo dos pacientes impediu-nos de ter acesso a informações mais precisas sobre os participantes dos grupos. O que apresentamos se baseia no que havia disponível no núcleo de psicologia e no que foi possível colher das falas dos trabalhadores.

Os membros dos grupos somam 48 participantes, sendo 42 mulheres. Destas, temos a idade de 23 participantes:

- 3 até 20 anos;
- 5 entre 24 e 29 anos;
- 4 entre 31 e 33 anos;
- 2 entre 38 e 39 anos;
- 7 entre 40 e 45 anos;
- 1 com 51 anos;
- 1 com 55 anos.

Vinte desses têm informações sobre o tempo de adoecimento:

- 4 até 1 ano;
- 8 entre 1,1 e 3 anos;
- 4 entre 3,1 e 5 anos;
- 2 entre 5,1 e 8 anos;
- 2 com 10 anos com LER.

Com relação aos setores produtivos temos dados de 42 participantes, como segue abaixo:

Tabela 13 – Distribuição dos participantes dos grupos por Setores Produtivos (n=42)

Setor	Mulheres	Homens
Industrial	7	-
Comercial	3	-
Serviços	28	5
Total*	38	5

Entre os ramos de atividade, de um total de 37, temos:

Tabela 14 - Distribuição dos participantes dos grupos por ramos de atividade (n=37)

Ramos de Atividade	Mulheres	Homens
Bancário	9*	3
Indústria montadora	6**	-
Informática	3	1
Transporte público	3	1
Saúde	4	-
Confecção	2	-
Alimentação	2	-
Correios	1	-
Serviço Público	1	-

* 1 – Terceirizada, prestadora de serviços

** 2 – Todas da mesma empresa

As funções são descritas conforme a tabela abaixo:

Tabela 15 – Distribuição dos participantes dos grupos por Função (n= 33)

Função	Mulheres	Homens
caixa/bilheteiro	8	2
Operárias de linha de montagem de eletroeletrônicos	6	-
Digitadoras	5	-
Telefonistas/recepcionistas/telemarketing	5	-
Costureiras	2	-
Escriturárias/ Auxiliar de Escritório	3	-
Gerente de Banco	-	2

Com relação ao tempo de trabalho, entre 19 trabalhadores:

- 1 declarou trabalhar há menos de 1 ano (11 meses)
- 4 entre 2 e 5 anos;
- 5 entre 6 e 9 anos;
- 3 entre 10 e 13 anos;
- 2 entre 14 e 17 anos;
- 3 com mais de 18 anos.

Dos dados disponíveis sobre os grupos, a tendência de maior concentração das mulheres no setor de serviços é convergente com os dados da FUNDAÇÃO SEADE (2002b), bem como a concentração em funções consideradas tipicamente femininas pelo mercado de trabalho. Quanto ao maior volume de trabalhadores do setor bancário e, entre eles 4 dos 6 homens participantes, pode estar também relacionado à localização do CEREST na região central da cidade de São Paulo – área de grande aglomeração de agências bancárias e mobilização da categoria com relação às lesões.

COHN e MARSIGLIA (1994) colocam que o setor terciário se apropriou de técnicas e processos de trabalho que o reduzem a uma atividade burocrática e manual, caracterizadas pela baixa colocação hierárquica, subvalorização, baixa remuneração, o que reafirma as desigualdades e os estereótipos de gênero (ACEVEDO, 1997).

Nos relatos dos grupos, apesar da maioria expressiva de mulheres, o que observamos é que não há uma discussão sobre a participação feminina no mercado de trabalho, nem o fato de serem em maior número entre os portadores das LER. O que aparenta uma certa normalidade para os membros da participação profissional da mulher tal como está posta ou talvez pela falta de percepção de que este é um problema de saúde que atinge um maior número de mulheres. As colocações dizem respeito à forma como se davam as relações de trabalho, os conflitos, o sofrimento com o início dos sintomas e a trajetória de vivência das lesões. O que se nota, no entanto, é que, para estes grupos, qualquer trabalhador exposto a essas condições corre o risco de ter as LER, independentemente do sexo.

“Então, que nem eu tava dizendo, aqui, antes da doença, havia toda uma graça, a vida da gente (...) trabalhava, fazia os afazeres e tudo mais e tudo bem. Aí o que acontece? A gente vem..., mas aí de tanto fazer o movimento, fazer tudo, sempre a mesma coisa, o que acontece? Fica doente. Os homens ou as mulheres....”

Entre os grupos estudados, os temas mais presentes foram:

- a relação com familiares e o trabalho doméstico;
- a relação com a empresa e colegas de trabalho;
- a assistência à saúde e a perícia médica (INSS); e
- o impacto das LER no cotidiano e aspectos psicossociais.

6.2- A RELAÇÃO COM FAMILIARES E O TRABALHO DOMÉSTICO

As Lesões por Esforços Repetitivos mobilizam o núcleo familiar, exigem aceitação pelos membros e novas formas de lidar com o dia-a-dia. Algumas trabalhadoras relatam o distanciamento de parentes, a crítica de pessoas de referência como a mãe, os filhos e o marido. Isto ocorre por incompreensão, intolerância ou pelo difícil convívio com alguém portador de uma doença crônica.

As cobranças e o apoio dado a elas variam de acordo com o tempo, o conhecimento que se tem a respeito das lesões, a estrutura, a dinâmica e os conflitos próprios das famílias, bem como de fatores como idade, o seu papel e sua importância nos rendimentos domésticos, o grau de incapacidade para o cuidado da casa, a intensidade e a frequência das reclamações de dor, tendendo a se intensificarem com a permanência da necessidade de cuidados especiais e tratamento.

O maior ou menor apoio encontrado entre os familiares reflete no humor e na forma como a trabalhadora enfrenta as situações decorrentes das lesões.

“... em casa nem sempre a gente pode desabafar. O marido já está com o saco cheio, os filhos não agüentam mais saber, eles sentem na pele a doença.”

“A minha própria mãe agora diz assim: - É Cys, quem te viu e quem te vê, você me ajudava tanto na costura quando estava trabalhando e aí eu também corria pra você, agora você nem está trabalhando nem me ajuda”

“... ontem... minha filha de vinte anos tinha encomendado uma cesta de café da manhã... aí ela me deu um abraço e falou assim: - mãe, eu dei essa cesta pra você representando a sua dor, representando o que você sente, porque antes você levantava fazia pão, fazia isso, fazia aquilo, hoje a senhora não agüenta nem bater um bolo, então eu estou dando essa cesta pra representar o nosso café da manhã que a senhora não agüenta fazer como a senhora fazia antes...”

“Meu filho começou a vir ao grupo das LER, ele vinha e aí ele passou a entender melhor”.

“...foi muito bonito então, os filhos estão acreditando mais, aquela força, aquela gama que a gente tinha a gente já não ... já não é mais bem por aí...”

O cuidado com os filhos é um tema que também aparece. A impossibilidade física e a irritabilidade, decorrente das dores, são dois aspectos citados como problemáticos no relacionamento. As mulheres que têm filhos pequenos relatam as dificuldades com relação ao cuidado e à atenção, as que têm filhos maiores sentem a cobrança do cuidado que davam antes, mas que agora não dão mais.

“... não posso mais pegar as crianças, não carrego, é só sentado, no colo. Eles reclamam que você não tem um lugar, sabe?”

“... esse final de semana, por exemplo, eu comentei qualquer coisa que eu anoto muita receita, aí ontem eu ouvi uma coisa do meu filho menor que doeu. Ele disse: - Pena que você só grava, você nunca faz nada”

A discussão sobre os papéis feminino e masculino no trabalho dá-se em relação ao espaço doméstico nos grupos. Os homens traziam a preocupação com a imagem de “vagabundo” por estarem em casa e não estar trabalhando. Quando se referem ao trabalho doméstico é no sentido de “ajudar” a esposa. As mulheres, mesmo estando doentes, sentindo dores e com limitações, em alguns casos graves continuam sendo as responsáveis por ele, independentemente da renda, grau de instrução ou idade.

“A gente é mãe, dona de casa, é tudo. Então se lá, a louça tiver, a pia tiver cheia de louça ninguém vai dizer: - Olha, o seu marido é relaxado, ninguém, né? Socialmente de quem é a responsabilidade da louça? Da mulher. Tinha uma mulher relaxada...”

“... uma vez eu estava na casa do meu cunhado e ele... é uma pessoa superestudada, eu não conseguia cortar a carne, então meu noivo pegou o prato e falou: - Não quer que eu ponha? Ele pegou e cortou toda a carne. Aí meu cunhado pegou e falou assim: - < Olha, vai ser capacho da YKZ..>. O pai dele fala que sou muito mole. (...) Então tava eu, o irmão dele, ele e o pai dele, só homem. Terminamos de almoçar o meu noivo foi para a cozinha arrumar a cozinha. Ai o pai dele falou: - < Ué, você vai ficar sentada?> Tem umas coisas assim que você é obrigada a fazer, ele não entendeu que o filho dele foi fazer e eu como mulher estava sentada na sala.”

Grande parte da cobrança que relatam é relativa à impossibilidade de realizarem as tarefas da casa da mesma forma que faziam anteriormente e da necessidade de novas divisões do trabalho doméstico, com maior participação dos maridos e filhos. As diferenças de condição econômica e social aparecem aqui na multiplicidade de situações expostas pelas trabalhadoras, algumas podendo contratar um empregado doméstico, tendo acesso a equipamentos que facilitam as tarefas da casa e a possibilidade de consumir produtos que evitem o esforço como comidas pré-processadas ou prontas e outras, em condições menos favoráveis, às vezes necessitando do auxílio de parentes, amigos ou vizinhos.

“Em casa eles cobram os serviços domésticos, passar roupa, nem pensar! Então, ficava aquele monte de roupa e as pessoas ficavam: como, não faz nada? Por causa disso, não dava pra fazer mesmo”

“... as pessoas não entendem que eu não consigo fazer as coisas [de casa] e eu me sinto como se eu estivesse com preguiça porque as pessoas não entendem que eu não faço não é porque eu não quero fazer, dói, verdade. Dá impressão que é isso, que eu não estou com vontade de fazer.”

“Eu fico chateada porque ela não entende, então eu fico preocupada porque eu vou ter que fazer, se eu não fizer, quem é que vai fazer? (...) eu fico preocupada, eu vou ter que dar um jeito”.

“Ó, é muito ruim, eu mesmo sinto assim, que nem no sábado a minha filha de 10 anos limpou meu quarto, varreu, passou pano, passou cera no quarto dela, na sala e na cozinha. Eu praticamente começava a lavar a louça, parava, começava a lavar a louça, parava, por causa do braço (...) Aí ela assim < - Ô mãe, mas hoje você não fez quase nada, né?>”

Nas falas das trabalhadoras a participação masculina aparece em diferentes graus, variando da ausência à divisão das tarefas, de acordo com o contrato conjugal e/ou a maior ou menor compreensão do marido sobre o grau de incapacidade decorrente do processo de adoecimento. No entanto, a presença das Portadoras das LER nas tarefas não é eliminada.

HIRATA (2001) aponta que tem havido maior participação dos homens nos afazeres domésticos em decorrência da maior participação profissional da mulher, no entanto, esta mudança é restrita não significando substituição de responsabilidades sobre o cuidado do lar, que se mantém como feminino, cita pesquisa comparativa realizada na França, com dados do período de 1986 e 1999, que mostram que os homens passaram a fazer 10 minutos a mais de trabalho doméstico, diminuindo em 20 minutos o tempo dedicado pelas mulheres. Nas casas onde há um casal, as mulheres dedicam 5 horas por dia ao trabalho doméstico, contra 2 horas e 30 minutos dos homens.

“Desde quando eu casei meu marido nunca fez nada, não fazia nada, nada em casa e depois das cirurgias ele começou a fazer café, passar o aspirador em casa, pintava, ele chegou a fazer tanta coisa que eu não imaginava, então, olha vai tudo da gente conversar e procurar se entender...”

“Às vezes eu vou na casa dele e não consigo fazer certas coisas. Aí ele diz <- Não, deixa aí que depois eu faço.> Ele mesmo já me ajuda no sentido da casa. Essa semana mesmo a gente tava conversando, ele disse <-A primeira coisa que a gente tem que comprar é a máquina de lavar e o tanquinho.> Pelo menos ele me compreende.”

“.. às vezes quando eu levanto já está a louça lavada, está perfeito, o quintal lavado, às vezes eu levanto... ele vai lá pega um pouquinho de café pra mim, louça lavada, cachorro lavado, tudo, sala, tudinho... ele é muito compreensivo né, ele era cozinheiro da FNM, então ele faz o almoço, quando não faz almoço faz janta. (...) Então com uma parte do serviço ele ajuda bastante (...) então em casa é bem assim dividido...”

A cobrança pelo trabalho doméstico não é só externa, mas internalizada pela mulher. O tratamento de longo prazo e a incapacidade para cuidar da casa são difíceis de serem aceitos. Tido como próprio das mulheres, elas realmente têm isso como sua responsabilidade e o sofrimento de não poder fazê-lo é muito presente nos discursos. Algumas relatam que, mesmo com dor, executam as tarefas de casa, insistindo até o seu limite, outras que, com a melhora dos sintomas, intensificam as atividades. Da mesma forma que, nos momentos de ausência de dor, descrevem com prazer poder voltar a cuidar da casa. Essa dificuldade em aceitar as limitações impostas pelas LER pode estar ligada à

perda de um espaço determinado socialmente, de um *status de trabalho*, que significa a perda de uma função que está ligada à sua identidade feminina (BRITO, 1999), o que relacionam com a angústia, a irritação e o nervosismo.

“Se eu entendi, por causa da diferença de papéis, que foi imposto pela sociedade, eu já faz muito tempo... a gente luta pra mudar isso, porque eu me sinto muito cobrada sem ninguém me cobrar.”

“...como você é exigente você quer fazer seu serviço dentro de casa, bom já que não estou trabalhando, eu vou cuidar da minha casa direitinho, só que você faz, não, o meu limite hoje é esse, hoje só dá pra fazer isso, só que lá dentro de você, você fala, caramba, eu precisa fazer aquilo e eu não fiz e aquilo está pra fazer e amanhã eu tenho que fazer e de qualquer jeito você vai ter que fazer, você entendeu? Então aquilo vai te angustiando, aí você fica dentro de casa olhando aquilo, lembra que você já é mais lenta...Te incomoda né.”

“Pra fazer um pouquinho, pra fazer um pouquinho você já está cansada que parece que você está um lixo, aí aquele outro ponto que você não fez, não deu pra fazer, não deu tempo... teve..., coragem você teve, mas não teve força, aquilo vai te angustiando e aí você fica dentro de casa parece uma retardada, você entendeu?... você fica, lá dentro você não pode fazer, lá fora você não pode fazer... quando não dá pra fazer nada, eu não fico ali vendo aquele serviço pra fazer parada assim parada, aquilo pra mim é uma morte, é um inferno, você entendeu? E tem que fazer e eu vou me perturbar e aquilo tem que fazer...”

Observamos que nos grupos as LER trazem uma ruptura em relação aos papéis domésticos e profissionais, que seu acúmulo até então não se constituía em um problema. No entanto, a condição em que se encontram as obrigam a repensar o espaço doméstico e a participação dos demais membros da família nas atividades da casa.

6.3- A RELAÇÃO COM A EMPRESA E COLEGAS DE TRABALHO

A empresa, a organização do trabalho e o adoecimento

Por ser o trabalho o ponto central da questão das Lesões por Esforços Repetitivos, a relação com a empresa e a com os colegas geraram diversas discussões dentro dos grupos. Entre os relatos, independentemente do posto ou função, foram muitas as colocações sobre o prazer no que faziam, sobre gostar de trabalhar. As motivações eram variadas e muitas vezes somavam-se como o desejo de construir uma carreira, ambição, o prazer de vencer desafios, compromissos financeiros já assumidos, planos pessoais, o desejo de melhorar a qualidade de vida dos familiares e o medo do desemprego, que inviabilizaria todas as anteriores.

“...eu tinha mania de gostar de trabalhar. Não era trabalhar porque eu precisava de ganhar dinheiro, eu gostava de trabalhar, o que mais doeu é isso e encarar assim de cabeça, eu adorava o meu serviço. Ai, como era gostoso chegar no final do serviço e ver que eu dei zero erro, não dei nenhum erro ... podia até ser eleita encarregada, etc., por interesse e tudo, de iniciativa (...) eu tive 5 anos, de 78 até 83, mais ou menos, que eu fui muito bem avaliada, tive 95% de avaliação, era muito boa em tudo que eu fazia. Então vai indo, vai indo, eu trabalhei três anos como monitora, tinha um grupo de pessoas que fez um curso um ano inteirinho, um curso para aprender supervisão, equipamento novo, que eu com um mês eu aprendi coisas que elas não sabiam... então o que foi acontecendo foi me acabando com minha cabeça e agora vem a frustração, vem a depressão entendeu, por quê? Porque eu não consegui nada...”

“...eu tinha esperança de ser alguma coisa pros meus filhos... sempre correndo pra pode fazer o melhor pra eles, pra eu ter uma condição de vida melhor, então ficava na extra até tarde, fazia tudo que o meu mestre mandasse, então meus tendões eram grossos assim, fortes, desesperada porque eu queria acabar minha casa, pros meus filhos cada um ter o quarto dele, então era aquela vitamina, eu era cheia de esperança, cheia de alegria, cheia de garra, desesperada... pra ter tudo de melhor, tinha feito curso na empresa tava contente, tudo, então me desdobrei na firma...”

“...eu adoro trabalhar ... Às vezes quando estou conversando com alguma colega uniformizada é incrível, depois vai ver, a pessoa vem pedir informações para mim e não para ela... Você entendeu a diferença? Então a minha maneira de olhar as pessoas, a receptividade é boa ... É o meu jeito de ser.... Eu sinto falta do meu trabalho porque estou assim.”

Apesar de não discutirem diretamente as diferenças de exploração da mão-de-obra feminina, elas aparecem permeadas nas discussões dos grupos e nos dão indícios de como ocorrem. Por exemplo, no relacionamento com os superiores hierárquicos, aos quais não podem contestar, devem obedecer mesmo quando sabem que elas estão com a razão;

“... a gente é criada também pra responder dessa forma. E muitas vezes responder lá dentro dizendo, não, não tenho vontade de fazer, mas criados pra dizer: - Sim senhor... ser agradável, solícita”.

“... eu era uma Amélia, eu era amém, era vaquinha de presépio que só fazia assim com a cabeça pra todo mundo, pra todo mundo eu falava, tá, tá, tá bom eu fico, eu faço...”

“... eu não sei responder as pessoas, pra chefe, coisa assim... eu não tenho resposta pra alguém que me ofende”.

“...eu sou daquele tipo que eu sofrendo eu sou mais de ficar calada do que..., eu não tenho muita defesa, sabe como é que é? Mesmo eu sabendo que eu estou certa... então eu fico, perante o patrão, sabe, o encarregado mesmo, eu era assim, eu ficava sem reação sem me defender, sabe?”

Em comentários discriminatórios;

“...fizeram um apoio de borracha, uma coisa para mim... que eu apoiasse [o braço], você sabe que o pessoal que trabalhava comigo achava graça comigo <- É uma coisa, você parece uma fresquinha, uma tontinha, só você que tem esse apoio aqui.> Porque a maioria lá era homem então homem não tem esses lances,... então tudo era porque a gente era mulher, “mulher só reclama...”

No controle do uso dos sanitários, que, como colocam COHN e MARSIGLIA (1994), não é observado nas falas dos homens e está ligado ao controle do tempo de produção das mulheres (HIRATA, 1998), algumas relatando que necessitavam de “*senhas*” para ir ao banheiro, tempo predeterminado para isso e questionadas pela frequência no uso;

“...para ir ao banheiro... pegava cheque de clientes, ficha de assinatura que já estava atualizada e eu falava com o cliente: - Vai assinando aí de novo que não está batendo. Ele assinava e eu corria no banheiro, muitas vezes até com o documento do cliente na mão...”

“...lá é o seguinte, tinha horário de ir no banheiro. A mulher que fosse no banheiro sem ser no horário marcado, eles trancavam ela lá dentro, fechava lá dentro. Tinha mulher que menstruava, que se sujava porque eles não deixavam ir no banheiro.”

“Quando faltava pessoal a gente não podia nem levantar, e até para ir ao banheiro tinha que pedir permissão: - Será que eu posso ir ao banheiro agora? Não estou bem... entendeu?”

E na dupla jornada de trabalho, que não é discutida pelas trabalhadoras, mas aparece em colocações como ter de “*fazer tudo rapidinho*” na casa, em falas sobre a quantidade de trabalho que realizavam “*trabalha, trabalha, em casa, no serviço...*” que exigem flexibilidade e habilidade para conseguirem se desdobrar para executarem de forma satisfatória as duas funções. As empresas apropriam-se da flexibilidade desta mão-de-obra para impor seu ritmo, controle e carga de trabalho.

“O último banco que eu trabalhei eu saía da minha casa correndo... então meu filho saía da escola tinha que ter almoço, eu lavava roupa deixava no varal, deixava comida pronta, deixava tudo mais ou menos adiantado e saía meio louca, a última coisa que eu fazia era tomar banho, enfiava uma escova, deixava virada assim, no caminho eu ia dirigindo mas eu virava assim, ia fazendo uma escova e dirigindo para chegar no banco, trabalhava na cidade vizinha, então, muitas vezes eu estava dentro do meu horário, mas o trem passava e eu ficava e perdia a hora...”

As trabalhadoras colocam que eram dedicadas ao trabalho, faziam o serviço exigido, buscavam dar conta do esperado, seguiam as regras e submetiam-se às pressões por produtividade, procurando atingir as metas traçadas e o que lhes era ordenado. Falas de “*responsabilidade*” sobre o serviço aparecem em todos os grupos. Sentiam que tinham de cumprir o trabalho, mesmo quando este exigia sacrifícios como deixar de ficar com o filho doente, fazer horas extras, ou deixar de almoçar. O medo do desemprego e da perda dos rendimentos permeia os grupos ao longo das discussões.

“...eu sempre fui uma pessoa que, além de gostar muito do que faço, às vezes fui ser linha de frente, se precisavam de mim para eu ficar trabalhando oito a nove horas sentada, eu abria mão de ir almoçar para ficar lá trabalhando...”

“Eu era nova no serviço, então eu ficava com medo deles chegar... era esperta... então eu dava conta de tudo ali, não tinha dor nenhuma, agüentava o serviço todinho... quando eu ia jantar, voltava, tirava todo o atraso. Então eu terminava, a esteira ia o dia inteiro completa, sem eles toda hora vir, MDC o espaço passando; MDC, está faltando mais um pacote. E como eu era a primeira a soltar o rádio então a responsabilidade era todinha minha, se passasse um sem o rádio, que às vezes tinha que correr atrás do espaço, eles já vinham: - Ó, passou espaço vazio.(...) então era muito corrido, eu tinha que abastecer e abastecer a linha, eu tinha que correr o tempo todo.”

O controle e a pressão sobre a produção são exercidos de diversas formas: seja através da chefia, dos clientes, dos relatórios de produtividade, da cobrança dos colegas ou pelo risco de demissão. As descrições mostram a intensidade e a frequência com que ocorrem. O chefe faz o controle diretamente, o cliente se impõe e exige atendimento, a expectativa dos relatórios cria um clima de apreensão que impulsiona o aumento da produção. A informatização dá uma sensação de controle absoluto das chefias contra um mínimo sobre seu próprio trabalho. Algo que se aproxima de um poder panóptico que tudo controla e tudo vê à distância.

“Quando eu entrava no banco... chegava entrava direto no caixa, jogava a bolsa num canto e ficava tomando aquele monte de cliente que só olhava e cobrava porque o meu caixa era muito cheio, atrás do caixa tinha aquele que fica junto... que cuida do

caixa, só faltava um apito para a menina lá, para tesoureira me botar para fora do caixa, porque ela cobrava...ela era triste, muitas vezes eu tinha vontade de tomar um lanche e comer alguma coisa que nem em casa dava tempo e não podia, não tinha nem como, muitas vezes eu colocava um lanche na gavetinha do caixa, dava uma baixada, pegava e dava uma mordida, tomava alguma coisa e continuava.

(...) Depois me transferi para Perus e lá eu dei com o mesmo ritmo, a mesma coisa, correria, a chefia pressionando tudo...”

“Existe um relatório diário de quantas ligações você atendeu, quanto tempo você estava em descanso (o certo são 30 minutos), qual o teu tempo médio de atendimento ao cliente, a hora que você chegou, a hora que você saiu, tudo!

Com todas essas informações e com a média dos funcionários é feita a média geral. A partir daí, faz-se um relatório de quem está acima da média e de quem está abaixo.”

“A máquina é muito repetitiva, era muito movimento: eu colocava 2 lâmpadas numa plaquinha que estava assim, apertava 2 botões e a máquina cortava, cortava... Eu trabalhava na máquina até 9 horas e meia por dia...”

“Você tinha praticamente 1 minuto para atender o paciente e o número não é muito grande, porque não se podia perder tempo. ”

Colocações como essas são complementadas pela expressão, muito comum nos grupos, de que se sentem trabalhando como “máquinas”, “robozinhos” dentro das empresas.

DÍAZ e MEDEL (1997) observam que as metas de produção e rendimento exigido trazem ansiedade às trabalhadoras, incidindo no seu progressivo esgotamento e desgaste físico e mental. Sabem que, quem não atinge as metas, pode ser demitido, mesmo com LER, o que acaba “servindo de exemplo” aos demais para seu ritmo de trabalho. Relatam que o tempo para almoço e as pausas são insuficientes para descansar e relaxar “*é só trabalho, trabalho, trabalho...*”. Várias falas apontam que as metas de produção são

determinadas pelos picos, sendo o tempo utilizado nas atividades controlado e a competição entre os trabalhadores estimulada, estabelecendo-se a partir daí novas metas, que devem ser ultrapassadas e assim sucessivamente.

“Faz mais, sempre o outro é melhor porque ele faz mais do que você e ele sempre é melhor. (...) <- mas, no caso da empresa, se você não fizer os 15 sempre tem alguém pra dizer que você não fez.>

- Quando você acompanha... o chefe fala assim: <-Olha, fulano fez 20 toques...> A B era a número um, aí tinha a número 2 até 10, devia ter uns 14, uns 10 classificados, então aquele que está aqui embaixo, que está no décimo primeiro ele quer, ele quer te superar e ficar igual o décimo, você entendeu? Por que? Porque ele sabe que se existir um corte ele que vai sair, então ele também, aquela forma de pressão que já tem, aquele quadro lá, a pessoa também vai tentar acompanhar, acompanhar aquela que tá no primeiro lugar, a segunda, a que está no segundo quer ficar no primeiro, sabe? É a concorrência entre as pessoas (...) Você tem promoções, então você acompanha, você quer chegar lá, você quer ser promovida.

(...) a outra que está lá embaixo que fazia pouco, com muitos erros está com LER. Pontapé, pontapé, a menina levou um pontapé (...) Cortaram ela por causa da LER ou cortaram porque a produção dela é baixa.”

“O mais grave na empresa é o seguinte: eles vão fazendo análise do que está bom. Eles cortam, por exemplo, a telefonista, eles fazem análise de quanto tempo ela gasta para atender uma pessoa, como se ela fosse telefonar. No final tem um relatório e eles são terríveis... Eles têm mais ou menos uma meta. No começo, estou lá embaixo, tenho uma meta para alcançar de meia hora, não tem problema. Eles ficam olhando pra mim. Eles vão cada vez mais achatando o limite. Cada pessoa que chega desenvolve o trabalho mais rápido. Espelha nele e acabou. Não importa”

A pressão cresce com o aumento das exigências por quantidade e qualidade, os erros são cada vez menos tolerados e exigem uma atenção redobrada das trabalhadoras. Essa cobrança simultânea de qualidade e quantidade traz dois tipos de exigências

contraditórios entre si: uma demanda velocidade e outra reduz a quantidade de produção. A pressão sobre esses dois pontos acaba provocando impacto tanto à saúde física como à saúde mental.

“Hoje o pessoal está desesperado por emprego. Qualquer erro de alguém é um ‘teste’ para segurar o emprego”

“...os supervisores só queriam a produção, só a produção e nada de rejeição... aí você fica nervosa... porque, se passa um rádio com um probleminha, ela já vem, aí vai marcando lá na ficha e vai subindo, aí ela chega e vai pra mesa. Aí ela fala... eu mesma peguei uma advertência por causa da rejeição que passou...”

“No começo não tinha tempo. (...) Quando começou a crescer a demanda, quanto entrei lá, era de 2 minutos o atendimento, depois foi caindo, a média é de 1 ½ minutos. Três funcionários conseguem fazer em um minuto, agora a média é 1 minuto. Para eles os três estão certos e o resto são os que estão errados (...)O lema é a qualidade. Só que no relatório não é! É a quantidade! Então, quando eu vi que eles não estavam querendo ver isso, eu fui... sabe, desisti... Eu pensava é quantidade, mas com qualidade. Só que a qualidade caía.”

Relatam o fato de terem de acumular funções que antes eram exercidas por duas, três, quatro colegas e serem incentivadas a ultrapassar metas anteriores, levando a demissões e ao aumento da tensão entre aquelas que permanecem no trabalho, uma vez que podem ser as próximas. No atendimento ao público, aumentam as exigências pela aparência, simpatia e empatia com o cliente. Este conjunto de fatores relacionados à organização torna o trabalho, para a parcela majoritária das trabalhadoras, cada vez mais empobrecido de valor simbólico, exigindo um ritmo mais frenético, repetitivo e gerando uma forte carga de tensão.

O que descrevem é o trabalhador polivalente que deve ser qualificado o suficiente para poder exercer inúmeras funções que antes eram executadas cada uma por apenas uma pessoa, flexibilidade esta exercida, como coloca HIRATA (2001), pelas mulheres no contexto dos modelos de trabalho adotados no mundo. Sua atividade deve ser

flexível o suficiente para que possa ser substituída com facilidade quando a organização achar necessário (ANTUNES, 2000), o que, num momento de crise do emprego formal, torna as pessoas mais apreensivas e propensas a ceder aos mandos das empresas.

“... tem uma esteira, as meninas pegavam as cartelas e as cartelas eram grampeadas, e vinha a esteira. Aí eu fazia todas as embalagens. Era eu quem fazia as embalagens para elas ali. Só que depois eu vim saber que eram três pessoas que trabalhavam naquele serviço, no mesmo que eu fazia. (...)

Então, é isso o que eles acham. Aquela ali sozinha dá conta disso daqui, então não vamos colocar outra pessoa.”

“... já aconteceu um caso desse daí; colocavam ali, eu fazia, colocavam outra eu fazia,....., eu fazia, colocava outra para fazer, eu não reclamava. Eu fazia o meu serviço ali, o meu dia, a hora do meu dia, eu terminava o serviço.

Eles falavam que eu tinha terminado. E o que quê acontece? Eles mandavam aquela outra embora. Eles mandaram embora, porque ela não conseguiu todo o serviço que eu mesma estava fazendo, sendo o mesmo serviço, ela não conseguira fazer.

Aí, quem vai se matar? Quem vai se matar sou eu mesma, eu falo. Me matar porque mandaram ela embora e então eu tenho que fazer aquele serviço: o meu e o dela.”

“... há pessoas que fazem o serviço de outras três ou quatro pessoas no trabalho e o trabalho não produz de jeito nenhum, pois é muito grande. O trabalho do antigo funcionário vai direto para sua cabeça, ou você faz ou você vai para a rua.”

A competitividade, estimulada pelas empresas, o volume de serviços e o pouco tempo para intervalos dificultam a camaradagem e os laços de solidariedade e amizade entre as trabalhadoras.

“Eu não sei o que acontece com a gente na empresa, mesmo que a gente queira dosar o limite você não consegue fazê-lo.

Porque se você começa a dosar o limite, a pessoa começa a extrapolar, entendeu? Então há uma competição. O que acontece? Nessa competição você vai começar a extrapolar ou tentar, ou você vai se preocupar com o que acontece do seu lado.”

“... você chega numa empresa e tem aquela competição. Um querendo passar por cima do outro e você vai cada vez mais se dando e não se dá conta que aquilo está prejudicando você”.

“...natural quando você entra numa firma você tem que mostrar serviço né, o começo eles tão observando, você tem que mostrar serviço. E, depois que você mostra serviço, passa 1 ano, 2, 3, você tem que se manter que você é bom ali, eles podem admitir 10 ou 15 novos, mas você ainda é o bom e você está ali ó e você até pode entrar até um bom, melhor que você, mas você tenta derrubar ele, isso é uma coisa do ser humano mesmo...”

Ajudar no serviço do outro pode diminuir a sua produção e isto lhe prejudicar, ao mesmo tempo que sentem que não terão a mesma solidariedade se ocorrer o contrário. As soluções para os problemas decorrentes da exigência por produtividade, assim, são buscadas isoladamente, mesmo que isto possa prejudicar o colega de trabalho, o que alimenta a disputa e o individualismo.

“Hoje em dia é como você falou: ninguém quer te ajudar, ao contrário quer pisar para garantir o dele. Hoje em dia nós temos uma linha de montagem quer seja num banco, numa empresa, no ônibus, numa costura. Na oficina de costura, se você tiver que fazer 20 punhos em tantos minutos, se você estiver com dor a sua colega ao lado jamais irá pegar um punho seu para fazer a fim de que você cumpra o seu horário, a sua produção, só para te ajudar. Não, ela vai fazer o possível e achar ótimo e fará tudo para que você perca o seu emprego e ela suba. Você entendeu?”

“Para que diminuir tanto assim o tempo? Tudo bem. Tem gente que tem facilidade em atender, fala rápido... Mas para que exagerar tanto? Logo, essas pessoas acabam prejudicando as outras. E é quando falo que nós não conhecemos os nossos limites. Não precisava ser tão forçado assim. É uma coisa que a empresa põe e a gente nem percebe, visto estarem com o relatório todos os dias para instigar a produtividade.”

Os trabalhadores, ao invés de questionar, buscam alternativas para se enquadrar.

“...porque só os três fazem rápido? O resto está errado? E tinha pessoas ali que derrubavam a minha ação, que atendiam pela metade, que não conseguiam o diálogo, entendeu? Eles sabem disso e só fazem o que não rende para puxar os outros pra baixo.”

Estas observações sobre os grupos vão ao encontro do que é colocado por OLIVEIRA (1997a), sobre as mulheres estarem em postos onde há tarefas de risco, com trabalho repetitivo, monótono e controlado, portanto, de maior frequência das lesões (HOCKING, 1987) e o exposto por HIRATA (1998), sobre o fato de estarem concentradas em locais de maior probabilidade de adquirirem “doenças de hipersolicitação”.

No entanto, nem todos os relatos falam de ambientes tensos, competitivos e de pressão. Há aqueles que apontam organizações de trabalho que se valem de outras formas de envolvimento do trabalhador na produtividade para atingir as suas metas o que não evitava o aparecimento das lesões, convergindo com o exposto por GUN e JEZUKAITIS (1999) de que, apesar da importância dos aspectos psicossociais como a satisfação no trabalho, eles não são indispensáveis para ocorrerem as Lesões Por Esforços Repetitivos.

“Era digitadora e o ambiente era muito bom. O chefe era muito legal, uma ótima pessoa e, até um pouco por causa disso, todas as pessoas queriam se ajudar a dar conta do trabalho. Fazia poucas pausas e o ritmo de trabalho era muito acelerado, pois tinha muito a trabalho a fazer. Não fazia intervalo, disseram que não era preciso.

Aí três pessoas estão doentes das LER, nesse setor.”

A exigência por produtividade é reproduzida em falas das trabalhadoras que, nos grupos, se queixam do empenho de colegas que sobrecarregariam os demais, não percebendo que cobram deles o mesmo ritmo que as levou ao adoecimento e que o problema está na lógica produtiva que exige uma uniformidade de trabalho, desrespeitando as diferenças individuais, exigindo mais do que suportam.

“Então a pessoa fica ali porque ela faz melhor que todas, porque para a chefia é difícil você preparar uma pessoa para chegar naquele nível.

(...) Eu acho isso muito injusto, pois aquela pessoa que não quer nada não tem estímulo para melhorar e aquele que está dando o máximo não é reconhecido.”

“Então eu com a minha mania de sempre fazer o melhor, acho isso, nós não conhecemos o nosso limite, não sabemos com quem estamos lidando, mas mesmo assim temos que estar sempre ultrapassando, dando mais. Enquanto que outros que podiam fazer melhor se aproveitam do trabalho dos outros”

“Eu conheço uma pessoa, um colega meu, que quando eu trabalhava num setor, ele trabalhava sozinho no outro e ele continua com aquele ritmo lerdo, não faz questão. Então tem que ter alguém acima dele para coordenar porque com ele sozinho, fica todo mundo doente...”

Em relação às condições de trabalho que enfrentam os grupos não encontram muitas opções. *“Ou vocês se submetem ou estão fora...”*. Elas se vêem impotentes diante do poder das empresas, sobretudo dos grandes grupos multinacionais e financeiros.

“Há a lei, mas ela te manda embora, sem chance. A empresa vai pagar a multa e trata do processo”

“...na firma tem gente trabalhando em garagem... o pessoal da manutenção que ocupava um pedaço da garagem subterrânea... Mas ninguém pode falar porque é mandado embora...”

Mas se o Z, tem o Z ao lado ou o C, um deles for ao Ministério Público, o Ministério vem com o nome do funcionário, vai ter vistoria, vai ter fiscalização e tudo o mais. Mas primeiro o funcionário vai ser mandado embora porque é isso que se faz.”

“Conheço muita gente que foi mandada embora até com o braço engessado...”

Estes dados sobre as condições de trabalho convergem com autores como WARREN et al. (2000) que constataam que o trabalho monótono, com carga percebida como elevada, com baixo controle sobre ele, pressão de tempo e falta de apoio social estão relacionados com as LER.

Observam que há muitas pessoas desempregadas e que se submeteriam às condições de trabalho que enfrentam, os compromissos financeiros e responsabilidades familiares que não podem esperar, caso tenham que procurar um novo emprego, e que a experiência profissional que têm restringe sua participação no mercado de trabalho a cargos nas mesmas condições ou semelhantes, mesmo em outra empresa. Há também a preocupação com relação à idade e à possibilidade de não conseguirem um outro emprego.

“eles recriam a idade, nós já somos assim, idosos. Quem é idoso não come, não bebe, não passeia, não tem o seu momento de ver uma coisa bonita, então já somos discriminados, isso, e não produz...”

Diante disso, seja por medo de perder o emprego, de comprometer a carreira, de estar com LER, por responsabilidade com a empresa e os colegas, e o que isso significa, ou por pressão da chefia, muitos nos grupos relatam trabalharem mesmo com dor.

“Aí muitas vezes eu ficava com medo de ir pra enfermaria, com dor, porque você começar a ir pra enfermaria você começa a sujar a ficha, aí eles te avisam, ó, está sujando sua ficha. .. Então eu, de 1983, eu comecei mais ou menos em 86, aí eu não agüentei mais, não agüentava mais mesmo, o serviço tava demais pra mim (...). Fui ao médico, fui pra enfermaria (...), aí eu voltava pra linha e o trabalho era dobrado porque eu quando não tava no meu lugar atrasava o dobro. Então muitas vezes eu falava assim, pô, eu vou pra enfermaria melhorar um pouco e volto é pior, é o dobro, então eu não ia, muitas vezes eu não ia, então eu fui deixando, deixando. E outra, com medo de ser mandada embora muitas vezes eu não ia ao médico (...) Aí tinha vez que eu tava trabalhando as lágrima rolava, começava a chorar, chorar, chorar (...) eu pedi pra ir na enfermaria, aí eles falaram <-Mas de novo? Você foi agora mesmo!”>

“...eu passava mal mesmo no trabalho, eu trabalhava e tinha dia que tinha que ir no banheiro para dar um tempinho para ver se melhorava o braço. Eu digitava com o braço encostado, e eu tava percebendo que eu tava perdendo o ritmo... Isso acabava mais comigo do que o trabalho. Eu sentia que eu não tava produzindo. Eu sentia que eu tinha que produzir, entendeu?”

“Eles cobravam e não queriam nem saber e eu não passava no médico porque se não fosse naqueles que eles aceitavam você tinha advertência. Eu trabalhei com dor na linha de produção, chorava de dor.”

“Eu trabalhava numa máquina de seda. Trabalhava cinco mil fios de seda numa máquina que funcionava com pedal. Eu usava mais essa perna e quando eu estava ruim dessa perna ninguém queria ir para lá. Eu só faltava chorar e ia pedir para a encarregada e ela falava assim: não, não posso.

6.3.1- Mudanças de tratamento, antes e depois do adoecimento

Com as queixas de dor, a queda da produtividade e os primeiros afastamentos, as trabalhadoras sentem que há uma mudança no tratamento recebido dentro da empresa, seja dos superiores hierárquicos, seja dos colegas de trabalho. As falas são de perda e sofrimento, dos vínculos com os clientes, colegas, com a empresa e a falta de compreensão sobre o seu estado de saúde.

“...eu que trabalhei 20 anos na mesma empresa e você olha praquela maquinário, aqueles móveis e você sente uma certa dor em você saber que você não vai retornar mais, que você não vai mais ser o que você era antes... Então você sente uma certa dor, não só a dor, aquela dor física, mas uma dor braçal quando você vê todos aqueles colegas trabalhando, móveis e tudo e você não vai ocupar mais o mesmo espaço que você ocupava antes.”

“...muitas vezes no começo quando eu chegava no banco eu saía mais arrasada, vinha com vontade de ver, rever meus amigos, meu cantinho, minha gaveta continuou lá um tempo, então saía de lá chorando porque eu não podia voltar, nem continuar, nem fazer mais nada, e o colegas também não entendiam, falavam “que médico bonzinho, que dá licença, como que ele é?... mas eu não, eu perdi...”

“Não, mas eu tinha, eu sempre me dei bem com todo mundo, sempre tive amigos, mas o problema também é que os seus amigos se envolvem pela postura do seu chefe e você é vista de uma forma diferente, depois que você deixou de produzir você chega todo mundo..., depois que você não trabalha mais morreu, acabou... e, quando você começa a enxergar isso você sai de lá chorando...”

Muitos relatos relacionam o descrédito com o fato de estarem doentes, e em decorrência do trabalho, como a principal mudança sentida depois do afastamento. A desconfiança é tanto dos superiores hierárquicos como dos colegas de trabalho.

Os grupos colocam como comuns insinuações sobre *“médicos bonzinhos”*, *“frescura”*, *“moleza”*, como se na verdade não estivessem doentes e sim forjando uma doença para não trabalharem.

“...o pessoal fala, um colega virou para mim assim e falou <-Mas Azt, tinha necessidade de você ficar quatro meses de licença?> Fazia assim, fazia assim <-Não tem necessidade, tem?> então é muito interessante como as pessoas vêem você como uma mentira.”

À desconfiança seguem-se também comentários insinuantes como *“férias”*, *“vida boa”*, *“me dá o nome do seu médico?”*

“...você não se sente bem, porque tem gente olha pra você e muitos falam assim: <- Qual o problema dela? Eu não estou vendo nada!> é isso que a gente ouve...”

“...começaram a dizer que quando ela trabalhava, trabalhava muito e não sentia nada e que agora já está há tanto afastada, por causa de um nada.”

“Você devia trocar o seu nome pra Maria das Dores...”

As trabalhadoras também escutam de seus colegas e chefes justificativas para o seu adoecimento relacionadas a aspectos pessoais como genético, velhice, e psicológico, ou a algo que não ocorreu na empresa. Todas hipóteses que desresponsabilizam a organização como causadora das lesões.

“A encarregada falou < - Imagina, isso aí é a idade, isso aí é reumatismo>.”

“Você é quem está com o problema e já tinha tendência para ter esse problema, e é essa a justificativa que ele vai dar.”

“Os colegas de trabalho é aquilo mesmo, as pessoas jogam <-Ah! é uma coisa que você fez antes> é que você está muito magra, você está muito gorda, está muito branca, está muito preta, e é por aí.”

Em especial as explicações de caráter psicológico culpabilizam a trabalhadora na medida em que sugerem que a dor não existe de fato e sim que se trata de algo imaginário, psicossomático, simulação ou manifestações hipocondríacas, por “*sugestão, de tanto ouvir falar em doença*”, conforme colocam GARBIN, NEVES e BATISTA (1998).

Este pensar as LER como de origem psíquica, em muitos casos, aumenta o sofrimento, traz para si toda a responsabilidade sobre o adoecimento e faz com que tenham que lidar com os estigmas e preconceitos das doenças mentais.

“É que a dor não aparece eles acham que têm que (...) ou psicologicamente, eles falam... o serviço pelo menos sempre fala: LER? LER é da cabeça é coisa psicológica (...) é uma coisa que não aparece, então a gente fica mais com raiva ainda porque não dá pra explicar, é uma coisa muito dolorida.”

“Eu no meu setor o pessoal fala que eu estou com mania de doença e que eu tenho que tirar da minha cabeça isso de quanto mais eu penso na doença mais adoço. Mas o meu chefe falava isso pra mim.

A - É, eu ouvi isso

B - É, mas você só fala de doença, só fala de doença, se você não falar não tem nada, é você não falar você esquece.”

“Todo mundo acha que é coisa de cabeça, eles acham que é, sabe o meu chefe já ligou em casa dizendo que isso é coisa de cabeça que não tem cura que eu deveria voltar trabalhar.... O duro é que o pessoal do serviço acha que a gente está no bem bom... E eu falei para minha chefe < - Olha eu não desejo essa dor para o meu pior inimigo>.”

Da relação com a empresa, destacam-se falas que mostram o sentimento de desconfiança, tratamento hostil, de reprovação, a ameaça de demissão, insinuações e deboche.

“Aí, eles me perguntam <-Você está boa? O quê você veio fazer?>”.

-Você não precisa nem entrar lá dentro! Fica na porta, a não ser que você queira entrar no escritório, mas entra por aqui...

Até parece que você vai passar a doença para as outras ou vai ser a causa, ou vai roubar ali dentro. Eles não querem que a gente entre, entende? Tudo isso acontece...”

“... sabe que meu chefe do escritório falou pra mim? Que tendinite é doença de pianista!”

“Encontrei a minha diretora e ela perguntou <- Como você está? Você vai voltar logo?>”.

< -Olha dona E, eu não sei, ainda quando vou voltar.>”

Aí ela falou pra mim <- Acho que vai ficar encostada. Todo mundo vai aposentar e você ficar lá, encostadinha ganhando o seu dinheiro.> Sendo que eu já tinha uma diferença de salário de mais ou menos 50%.”

“Nossa, lá no banco...a chefe do Departamento Pessoal, ela nem te cumprimenta.”

“Eles fazem uma guerra fria pro funcionário pedir demissão.”

Há também o receio de que elas “contaminem” as colegas, explicando sobre as lesões e os seus riscos

“...você fica sendo uma ovelha negra no emprego a partir da LER. De repente você passa a passar a doença pra outros você começa a falar, começa a explicar o que você está fazendo, talvez ninguém queira dizer que tem e aí você fica sendo a ovelha negra porque você está passando aquilo pra todo mundo...”

O tratamento hostil que passam a receber dos colegas após o adoecimento aparece em algumas falas relacionado à sobrecarga de trabalho que aqueles trabalhadores que permanecem na empresa são obrigadas a cumprir, fazendo com que se sintam pressionadas a retornar o quanto antes. Sentem o mesmo tipo de cobrança que faziam, em outras falas, dos colegas que consideravam “lerdos” ou “que não se esforçavam para trabalhar”, sendo agora elas responsabilizadas pela baixa produção (quando do retorno ao trabalho) e pela sobrecarga de trabalho que eles têm de acumular. Esta, por sua vez, é difícil de ser aceita pelos colegas na medida em que as LER não apresentam sinais de doença e o portador apresenta uma aparência “saudável”.

“Produção, você tem que dar produção. Se ela não veio trabalhar eu tenho que fazer o serviço dela, não sei se era assim com todo mundo. E se ela não veio aí eu tenho que fazer o meu, o dela e o dela. Lá no meu banco tinha muito isso.”

“... a chefia determinava o horário que eu fazia fisioterapia. Então eu chegava a fila tava muito grande, a colega tinha que sair pra almoçar às 2h30, não saía porque eu me atrasava pra chegar, já era culpa minha que ela não tinha saído...”

A mudança de tratamento faz com que surjam nos grupos falas referentes a sentimentos de traição, humilhação e abandono diante do momento em que estão vivendo.

“Você se sente rejeitada...principalmente quando você chega e tem outra em seu lugar, você é colocada cada dia em um lugar diferente.”

Algumas inclusive apontando demissões decorrentes do fato de estarem com LER e a negativa de entregarem o prontuário de saúde.

“Quando me mandaram embora pedi o prontuário para o médico e me negaram, disseram que não tive nada ali.”

“Você está numa empresa boa e de repente você fica doente. Eles te jogam na rua. Não estão nem aí com você. Você perde convênio, tudo. É humilhada por aquelas pessoas... Eu passei muita humilhação com colegas de trabalho. Trabalhavam comigo e depois começaram a acreditar.

Se eu fosse uma funcionária ruim, tudo bem. A minha colega falou assim < - Se você fosse boa, a FNM não mandaria uma funcionária boa embora.>”

Então, quando a pessoa está com problema, essa pessoa não trabalha direito, quer dizer: trabalhei onze anos e meio e de repente ter que ouvir tudo isso!

(...)Eu fiquei sem saber o que fazer: sem o salário de lá, sem meios de vida, sem arrumar emprego, uma coisa muito difícil e se a pessoa não tiver mesmo a mente forte ela não fica....., se ela não se pegar com Deus fica louca.”

“...na LER tanto faz se você é o melhor se é o pior, você vai ser chutado do mesmo jeito, porque quando eu saí lá falaram, porque eu tinha sido excelente, tinha sido destaque, tudo, falaram e agora? Sempre que eu vou lá eles falam, você é uma das nossas melhores funcionárias que a gente teve aqui, a gente sabe...”

“Não estou falando só por mim, mas por todos nós que estamos no mesmo barco: Por que então quando você foi um robô, deu tudo de você, economizou três funcionários, deu lucro pra empresa... Por quê agora quando você reduziu a sua velocidade, travou, já não agüenta mais, decaiu por ter tido problemas, por sua doença, porque eles não seguraram você na empresa; para ter o remédio, para ter o convênio, para ter uma alimentação adequada?

E por que eles fazem de você uma batata para apodrecer na sombra?”

Apesar de expressarem revolta com a empresa, pela forma como foram explorados, pela negligência como sua dor foi tratada e pelo tratamento que receberam após constatado que tinham LER, são poucas as referências explícitas à necessidade de mudanças nas condições de trabalho para que outros não fiquem doentes. Quando se referem a alguma forma de enfrentamento falam em conscientizar os colegas sobre o risco, falam em mobilizações, mas de uma forma geral e por vezes ingênua.

“...a gente vai ter consciência de passar pra colega da gente as coisa que a gente aprende, o que ele pode a princípio já ir determinando o esforço físico pra não chegar ao ponto nosso que já está com um problema grave e depois chegar e ter que voltar tudo, aquilo que você falou, começa tudo de novo, começa a aprender a fazer tudo de novo as coisas, quer dizer, pra quem está começando é mais fácil então..., eu chego no serviço (...), converso o que eu posso orientar eu oriento...”

“Quero provar pra sociedade e para a turminha lá dentro que eles não são os maiores, só porque eles têm o poder.

Estou feliz por poder provar que o trabalhador também tem vez. Não é só por mim, mas... porque trabalhar com dor, agüentando a dor, carregando a dor e não fazendo nada como eu não fiz. Então se eu voltar vai ser melhor ainda pelo fato de eles verem que o trabalhador não tem que trabalhar com dor, com medo de perder o emprego. Então vou estar levando... confiança para quem está lá sofrendo o que eu sofri durante quatro anos. (...) Não estou pensando só em mim. Estou pensando em todos os portadores das LER que estão lá dentro, com o mesmo medo que eu passei há um ano e meio atrás.”

O retorno ao trabalho é um fator de preocupação. Há dificuldades em relação aos colegas que, em muitos casos, as tratam com hostilidade, e com a empresa que não se dispõe a fazer mudanças para receber e manter um funcionário em condições diferentes dos demais, produzindo em ritmo e quantidade inferior aos outros. O portador das LER é visto como uma ameaça à ordem estabelecida pela organização produtiva.

Aquelas que, tendo melhora no tratamento, voltam a trabalhar sem que haja adaptação ao seu posto contam que viram sua lesão se agravar.

“Hoje, me assusta ver pessoas pensando assim: a Ccc se afastou e agora está aí fazendo corpo mole. Isso ainda me assusta, saber o que as pessoas vão pensar.

“Sabe, eu sei o quanto terei que me fortalecer para conviver com isso por toda a vida, é dolorido saber que as pessoas falam de você mesmo que não falem diretamente.”

“Eu não vou voltar a trabalhar porque eles não me querem...já tive alta e eles não me aceitaram, a médica ligou para o gerente-geral e ele não tem como aceitar a situação e não tem outro lugar para mim.”

“Se a gente voltar, por exemplo voltar a trabalhar, se eu voltar a trabalhar tem um ritmo lá, eu tenho que fazer naquele ritmo, eu não posso impor o meu ritmo, concorda?... a gente tenta se adaptar ao ritmo, sei lá, da empresa ou da área que a gente foi alojado, ou alguma coisa assim.”

“Como eu vou trabalhar nessas condições se não posso? Falei com a enfermeira, e ela disse: se doer quando você for trabalhar, você volta correndo. Só que eu achei que não estava doente, voltei ao serviço e, chegando lá, meu chefe me tirou do serviço e passei a fazer outro serviço. Aí comecei a trabalhar, trabalhar, trabalhar e a trabalhar direto. Mas eu sentia dor demais, uma dor terrível, era como correndo assim dentro de mim tivesse alguma coisa que ia explodir e não explodia; pegava até no pescoço todo.”

“Eles preferem que você se aposente. Já me falaram isso. Aposente por invalidez. Por que eles preferem?”

Porque eles sabem que, se você voltar a trabalhar lá, você não vai produzir aquilo que produzia e nem dar o serviço que antes você executava.”

O ambiente de trabalho”....é tão ruim que você não tem nem uma coisa que te ajude, tem o trabalho e praticamente você fica o dia todo lá, antes eu ficava, agora eu não fico porque eu tenho problema da LER (...) então foi um período negro, negro até que se solucione esse negócio da LER...”

O medo do desemprego, se antes já era presente, agora com as LER as leva a perceber que dificilmente terão espaço no mercado de trabalho, caso sejam demitidas ou aceitem um acordo com a empresa, o que gera incertezas com relação ao futuro profissional.

“... se eu estivesse no meu campo de trabalho eu não tenho lá o que fazer. Não tenho porque eu costumo costurar assim na máquina, não tem quem faça. Agora, pra bainha, ninguém quer não.

(...) Então, se por acaso ele me mandar embora o mês que vem, eu tenho que trabalhar, mas não sei o que vou fazer da vida!”

Insegurança com relação ao futuro: *“...eu estou perdida, medo de voltar, medo de não ter ambiente, medo de aceitar o dinheiro e esse dinheiro acabar... eu tenho duas opção: ou eu volto ou eu pego R\$40 mil, tudo bem, eu vendo lingerie pra uma amiga, eu poderia até montar uma loja pra vender e tudo, sem esforço sem caí, mas assim, e se tudo isso não der certo? Como que eu vou fazer pra sustentar os meus três filhos, pra dar tudo que eles precisam e o que eu quero dar...”*

Apesar de ocorrer, na dinâmica dos grupos, uma tentativa de questionar as responsabilidades dos empresários e trabalhadores sobre o processo de adoecimento, o que se percebe é a permanência do sentimento de culpa pelas LER, que é contraditório com as próprias histórias de vida no trabalho, onde a forma de produzir está posta *à priori*, não lhes cabendo outra alternativa. Tanto é assim que, nas discussões sobre o retorno ao trabalho, apesar dos discursos sobre um retorno diferente, de enfrentamento, por vezes até idealizado e ingênuo, o que se destaca é a falta de alternativa de um posto de trabalho alternativo, adequado à nova condição.

Culpa que relacionam a diversos aspectos que podem ou não ter ligações entre si, entre eles:

- Terem aceito as exigências de produtividade da empresa, terem trabalhado tanto quanto trabalharam;
- Serem dedicadas e se envolverem com o trabalho;
- Terem trabalhado com posturas inadequadas;

- Pela sobrecarga de trabalho sobre os colegas, em decorrência da sua ausência;
- Tolerado as dores;
- Não terem exigido melhores condições de trabalho;
- Não ter procurado tratamento antes;
- Por terem subestimado as dores e achado “*que passava, que não era nada*”;
- e,
- Pela sua fragilidade.

O discurso de culpabilização está embrenhado no sentido de trabalho destas portadoras, elas acreditam nas regras da empresa e agora estão em contradição com a forma como se vêem e como são tratadas pelos colegas que continuam inseridos na empresa, aquelas cobranças que antes faziam dos demais colegas agora se voltam contra si. O sofrimento se dá, entre outras coisas, pelo fato de que as idéias que fazem parte do seu grupo social estão em choque com sua auto-imagem e com os sentimentos que afloram de si. Segundo MINAYO (2000. p. 112) isto ocorre “*...na medida em que o comportamento social e o individual obedece a modelos culturais interiorizados, ainda que de forma conflitante.*”

“E a culpa é eu ser assim rapidinha e me desdobrar em várias pessoas sabe, agarro o mundo pelas pernas, então é um exemplo meu assim, tanto no serviço de casa, eu, me concentro só em mim, eu acho que eu vou fazer melhor que os outros... Não aceito ajuda, então eu atropelo.”

“... eu vejo assim todas as minha colegas de trabalho fazendo o que eu fazia, sem problemas, todos os dias e eu, eu não consigo mais me encaixar nisso, eu estou totalmente fora desse (...). E isso me faz muito mal, porque eu gostaria muito de voltar a fazer o que eu sempre fiz e acho que um pouco é culpa minha, talvez se eu tivesse trabalhado com a postura correta, sem entortar minha mão ao digitar, sentar, estivesse sentada corretamente, talvez se eu não tivesse levado problemas pra empresa, deixasse de lado, procurasse me centralizar mais na função que eu desempenhasse eu não me sentiria

tão frágil. E sinto que eu faço falta também, ao mesmo tempo, apesar de eu estar assim eu faço falta na empresa, é uma a menos pra atender, é uma a menos que poderia estar ajudando meus colegas, talvez eles estejam trabalhando mais por minha causa. Então é assim que eu estou me sentindo. Essa então seria a responsabilidade, a responsabilidade que eu tenho de voltar à empresa, porque essa a minha preocupação agora, a minha responsabilidade é a empresa. E não sei o que vai ser, eu sei que eu tenho que voltar, que a responsabilidade é minha, eu vou ter que dar conta, isso também é uma coisa que esta me torturando muito, que eu vou ter que voltar e não sei de eu vou dar conta.”

“Tem uma coisa que eu não entendo é esse sentimento de culpa. Às vezes eu me sinto culpada por estar lesionada, porque foi no trabalho, e ao mesmo tempo eu me sinto assim, por que eu? Por que comigo e não com fulano? Aí é um sentimento dúbio. Ao mesmo tempo que eu falo eu fui culpada, eu falo por que tudo em cima de mim? (...)...por que comigo, se tem tanta gente que é mais velho do que eu de serviço e não tem?”

“Eu acho que no geral no doente da LER, a culpa é muito grande em nós em termos assim: de por que eu não fiz diferente? Por que eu não fui procurar uma ajuda na primeira instância?”

A competitividade entre as empresas faz com que busquem maior volume de produção com menor número de funcionários. A automação e a reorganização do trabalho, com a transferência de responsabilidades para os trabalhadores que antes pertenciam a outros postos, com a respectiva redução do número de colegas, faz com que os que ficam se tornem mais zelosos pelo seu emprego e procurem se enquadrar.

A velocidade e a forma como trabalhavam eram impostas externamente e a crise de desemprego que relatam impedia que se manifestassem contrariamente, não havendo possibilidades de controle do seu trabalho. Também deram exemplos de pessoas que ao não atingirem a produção esperada eram demitidas. É este o contexto que justifica trabalharem mesmo com dores e procurarem tratamento fora do horário de trabalho, nas férias ou folgas semanais.

A tomada de consciência deste contexto permite que as trabalhadoras tenham uma postura que não é mais de culpa e sim de enfrentamento das condições que levaram ao adoecimento (CHIESA et al., 2002).

“... eu não sou culpada nesse sistema capitalista, nessas malditas empresas que nos transformam e querem qualidade a todo momento, que querem produção com qualidade, com não sei o quê, que não dá tempo de eu me informar, de eu me orientar, de eu trabalhar horas em excesso, com má postura, de forma inadequada (...), e etc. e tal. Já teve época que eu me sentia culpada, hoje em dia não, não sou culpada, de carregar isso sozinha nas minhas costas. (...) eu tenho excesso de responsabilidade, então, de repente, se eu não tomar cuidado eu posso me sentir culpada porque quem consegue levar as coisas tão a sério? (...) acabava a tensão de uma forma tão exagerada. Mas, agora, a cadeira esta quebrada, eu não tenho culpa que sistema não me favorece, eu pedi cadeira adequada e aí? Pedi uma pausa, que eu não estou dando conta, tentei demonstrar que eu não estou dando conta, que esta sendo muito pra mim essa carga. Claro que levei chamadas, fui chamada atenção, fui discriminada, fui vista com um olhar torto porque tá indo lerda demais, (...) não acaba mais. Agora, daí eu me sentia mal, mas hoje em dia eu não vou me sentir mais mal quando eu voltar com relação a isso, porque é todo um sistema que nos leva a ficarmos a doente, não temos prevenção, não temos orientação, não temos intervalo. Agora, eu gostaria de não ter, de forma nenhuma adquirir essa bendita LER, em compensação eu acho que eu não devo me sentir culpada por isso, porque se eu me sentir culpada eu vou tornar isso bem maior, quatro vezes maior do que já é, né?”

6.4- ASSISTÊNCIA À SAÚDE E PERÍCIA MÉDICA (INSS)

Os relatos das trabalhadoras sobre o atendimento recebido nos serviços de saúde, seja na empresa, nos convênios e no SUS, guardam muitos pontos semelhantes, por vezes tornando-se difícil distinguir a que serviço estão se referindo.

Referem-se, de maneira geral, ao médico, figura central em todas as falas, quando colocam a questão do tratamento. Apontam a dificuldade de se estabelecer uma relação que possibilite o atendimento das suas queixas como um todo. A fragmentação da medicina em especialidades faz com que sejam encaminhadas a inúmeros serviços, em

busca de um diagnóstico, cada um apontando para tratamentos diferentes. QUINTNER (1995) coloca que eles são, na maioria das vezes, conflitivos, antagônicos e contraditórios, causando dúvidas nas trabalhadoras e aumentando a ansiedade em relação ao seu estado de saúde, e muitos desses diagnósticos não fazem nenhuma relação com o trabalho realizado por elas. Mesmo naqueles casos em que o diagnóstico clínico corresponde ao quadro da lesão nem sempre o médico estabelece o nexo com o trabalho. Este processo de procura por tratamentos, conhecido como via-crúcis (GARBIN, NEVES e BATISTA, 1998), traz desgaste à trabalhadora, não só pelo processo de busca de terapêuticas – que por vezes se mostram inadequadas e até mais prejudiciais à sua saúde pela forma como são atendidas, que varia da insensibilidade ao sofrimento, distanciamento no contato, relação autoritária e a ausência de informações que dê um sentido para a dor.

“O médico do CRP pediu um exame da Dr^a. X. Levei exames do meu ortopedista e da Dr^a A aqui do CEREST. Ele não aceitou, disse que só aceitaria da Dr^a. X e o que ela falasse ele assinava em baixo.

Ela chegou a mesma conclusão que os dois. O médico do CRP não aceitou. Ele disse que ela deve ter tido 5 minutos de bobeira ... Aí, ele falou < - Não, você está boa.>”

Ele me disse que o meu quadro não melhorava por causa da ociosidade que eu não estava fazendo nada, então precisaria retornar para o trabalho para melhorar. Foi o que ele quis que eu acreditasse. Quem disse?...”

*“... eu fiquei afastada, só que eles não descobriram qual era o meu problema. Quando foi para eles descobrirem no Hospital, a perícia me deu alta e o médico disse que não era nada. O próprio médico que me deu alta, pegou no meu punho, aqui e virou para lá e para cá e disse < -isto aqui não tem nada não.> Só que **isto aqui** estava inchado e eu saí chorando de tanto que ele mexeu aqui. Saí chorando de dor e fui para casa.”*

“... eu fiz vários tratamentos, passei por vários médicos de convênio, particulares, nenhum resolveu meu caso. Até que o convênio me operou os dois braços, foi uma cirurgia que não me diria satisfeita (...) na cirurgia eles tiraram um pedaço de osso nos dois braços, foi uma cirurgia súper, que acabaram comigo e depois aconteceu uma série de coisas porque meu problema foi só nos ombros. O médico disse que bursite não

era profissional, não era doença do trabalho e aí começou com a bursite e aí pegou epicondilite, tendinite e tudo que você pode imaginar com ite. Até que um médico perito que tem lá disse que era frescurite...”

“Porque quando eu saí de afastamento eu falei para o médico que eu não conseguia nem pentear o cabelo, aí invés dele ver o ombro ele foi ver a coluna e aí deu hérnia cervical, mas o médico de convênio eles são assim, ele sabia que era...”

*- Eles jogam com reumatismo, com problema de coluna, é um meio de não...
[dizerem que é LER]*

- Eles falam que é psicológico.

X - É, psicológico Você está com mania de doença, mania de doença.

- Falam que é psicológico. Que é síndrome do pânico

- Uma vez eles falaram assim que era vagabunda.

Y - Aonde?

- Na SCWW”

A ausência de melhora, a cronicidade do quadro, mesmo com a interrupção das atividades manuais, a constante afirmativa dos médicos, a fala de colegas de trabalho, da chefias e às vezes dos amigos e dos parentes de que não têm nada, que estão boas, geram confusão e fazem com que fiquem em dúvida e algumas até achando que, realmente, trata-se de um problema de ordem psíquica. Colocam que em algum momento chegaram a se questionar se estavam realmente doentes, se o que sentiam não era “*coisa da cabeça, dos nervos*”. Essa dúvida traz em si sofrimento, uma vez que provoca ansiedade sobre sua própria sanidade mental, traz para si toda a responsabilidade sobre o adoecimento e a leva a lidar com os estigmas e preconceitos das doenças mentais.

“Vamos supor que não fosse nada disso. Às vezes a gente mesmo chega a pensar nisso: será, meu Deus, que eu tenho alguma coisa? Mas por que eu tenho essa dor? Será que é a minha cabeça? Porque isso não é possível, e às vezes, eu chego a pensar nisso... De repente, você fica: mas se eles não acham nada, como é que pode? Mas eu estou sentindo, eu estou...”

“Às vezes a gente começa até a achar que isso mesmo, será que eu estou sentindo toda essa dor de verdade ou estou ficando maluca? Por que só eu que tenho dor? Sou eu que toma os remédios e não melhora? Então, é bom a gente esta discutindo com outras pessoas”

“Você entra em contradição quando você, vamos supor, quando eu estou com dor eu estou sentindo tudo isso. Será que não é coisa da minha cabeça? A gente chega a pensar isso, porque todo mundo fala que você está boa. E você fica até pensando: será que estou criando isso? A gente fica pensando nisso...”

O receio de estar “enlouquecendo” também aparece em decorrência da dor constante, da dificuldade de dormir e da necessidade de tomar remédios psicotrópicos.

Nas doenças profissionais ou relacionadas ao trabalho que atingem um grande número de trabalhadoras, são muito comuns argumentos médicos psicologizantes que desqualificam as queixas das mulheres, classificando-as como sinais de crise nervosa e/ou de histeria, como observa OLIVEIRA (1997a). Este argumento se apóia em muitas publicações científicas que, a partir de cálculos matemáticos, buscam corrigir possíveis “vieses” da concentração de determinadas doenças em mulheres, descartando uma investigação mais aprofundada sobre os riscos produzidos pelo ambiente de trabalho, tendendo a buscar respostas nas próprias características do gênero, ou em aspectos psicológicos. *“As fórmulas matemáticas que têm sido utilizadas para ‘corrigir’ a variável sexo em muitas investigações tem dissimulado ou ocultado, na realidade, alguns riscos das condições de trabalho a que estão expostas as mulheres”* (MESSING, SEIFERT e GONZÁLES, 1997, p. 23). Como observamos em TANAKA, PETERSEN e CAMERON (2001) que, analisando dados suplementares de saúde ocupacional do questionário nacional americano de saúde de 1988, constatam que as trabalhadoras têm mais casos de tendinites

não relacionadas ao trabalho, refutando a sua relação com a maior concentração feminina em postos de trabalho repetitivos, considerando que as diferenças entre os dois sexos devem ser levadas em conta como razão da sua maior “vulnerabilidade”.

As trabalhadoras colocam que o relacionamento com médicos se destaca pela exigência de submissão, tendo pouco acesso às informações sobre sua doença, o tratamento que estão fazendo e os remédios que estão tomando, sendo o atendimento rápido, se ressentindo de um acompanhamento mais próximo em relação ao seu tratamento.

“O médico normalmente já olha pra gente assim e não quer falar. E, se você falar alguma coisa assim, aí é que não fala mais”.

“...os médicos do Servidor realmente não dão informação. É aquela consulta assim: Vapt-Vupt, de dois minutos e eles não dão orientação pro paciente (...) eles simplesmente anotam na receita e pronto!..”

“Ele dá a receita médica, escreveu, você leva pra farmácia. Você é só portadora do que o médico pediu, né? Isso não pode ser dessa forma. O que está escrito aqui? O que eu vou tomar?”

“... quando você chega no médico, eles te atendem praticamente em pé, porque tudo é rápido nessa parte... Ai, é lógico, você tem mil perguntas, pra fazer, porque pra mim é uma coisa nova e eu vou perguntar: isso aí é perigoso? É um questionamento seu.

Sabe o que ela falou? Ah! Você está muito ansiosa pro meu gosto.”

“... o que eu falo pra você é que ela tinha que explicar desde a primeira vez alguma coisa (...) não sei se... acham que somos um bando de burros que devem chegar lá só por uma receita e eu deveria me submeter.”

Não apenas sentem que não podem perguntar sobre a doença, como também que não podem questionar os procedimentos.

“Eu fiz uma cirurgia em setembro, como ele viu que fiquei com distrofia ele marcou outra cirurgia. Quando foi fevereiro, ele chegou pra mim e disse que marcou a cirurgia para o dia 02 de fevereiro e eu disse que não iria fazer.”

“Eu gostaria de saber como ele vai marcando assim sem mais nem menos (...) Eu falei que não vou fazer e quando cheguei pra falar com ele, ele disse que não queria conversar comigo.”

“ (...) Sabe, é como se você fosse pedir um favor pra ele, e ele falar: - Não quero falar com a senhora, porque eu já havia dito que não ia fazer a cirurgia (...)”

“(...) Eu só insistia que eu sou uma pessoa que me considero um pouco esclarecida, mas não sou burra! (...)”

“Eu acho que é um direito que a gente tem de saber o que vai acontecer, o que vai ser feito... a obrigação do médico é dizer pra mim, vai e volta na cirurgia por isso, isso e isso.”

Uma queixa freqüente é a dificuldade de conseguirem um atendimento que as esclareça sobre a sua doença. A falta de comunicação com o profissional de saúde, uma relação de confiança, de vínculo com o paciente (CAMPOS, 2000), rende problemas na condução do tratamento como a recusa de uma terapêutica que, todavia, possa beneficia-lo. Um exemplo citado no grupo foi de uma paciente que reclamava muito de dor no braço e que foi indicado a ela um “bloqueio”. Ela questionou sobre os riscos e a médica sugeriu que participasse do grupo de dor do hospital onde estava sendo atendida. No encaminhamento, colocou as Letras PQ e receitou um remédio.

“Fui pra baixo e quando eu fui marcar a moça disse: ela está mandando a senhora para a psiquiatria (...) Eu não estou em estado de loucura para ir ao psiquiatra”.

O remédio indicado era um antidepressivo, remédio de uso controlado. A bula *“assusta mesmo a gente. Tem uma parte inclusive que fala que pessoas em tratamento, fazendo tratamento com esse medicamento correm o risco de praticar suicídio, isso deixa a gente bastante assustada, aí meu Deus!!, medo da dependência também!!”*

“se ela tivesse falado eu já ia perguntar pra ela: mas porque a senhora está me mandando pro psiquiatra? Está me achando com cara de louca? Sei lá, só porque eu estava ansiosa, porque fui lá e você sabe que o tempo que ela dispõe pra você é pequeno.”

Na discussão, o grupo colocou que os médicos têm receitado antidepressivos, em pequenas doses, pra ajudar a controlar a dor. Para BOLTANSKI (1989) a qualidade da informação oferecida pelo profissional de saúde não é constante, variando entre eles e na relação que mantêm com seus pacientes e na forma como os vêem. Observa que tendem a ser mais solícitos com pacientes que compreendam a linguagem técnica científica, e impacientes e rápidos em seus encaminhamentos com pessoas que não dominam o linguajar médico. Como o conhecimento tem uma vinculação forte com as classes sociais não seria leviano afirmar que os profissionais de saúde tendem a tratar melhor as mulheres trabalhadoras das classes médias e altas e a serem mais distantes das proletárias e subproletárias, não obstante ser, em todo caso, necessário que o conhecimento médico-científico não seja questionado.

O contato com outros portadores, a falta de informações sobre a doença, a ineficácia dos tratamentos, a invisibilidade das lesões e os questionamentos que sofrem sobre o seu real estado de saúde trazem em si sofrimento para as trabalhadoras.

“Às vezes é alguma coisa mais grave. Eu cheguei até a fazer ressonância magnética pra ver o que eu tinha, dor que é tanto assim que eu fui ficando desesperada. Tudo que te mandam fazer você vai e faz e não resolve.”

“... a dor era terrível mesmo (...) era de gritar. Eu achava que era câncer de mama. Era tamanha a dor que eu achava que estava com câncer em toda esta parte daqui, assim (...) Passava o pessoal por mim e ninguém podia piscar nem encostar em mim. Na rua eu tinha que estar me desviando das pessoas pra ninguém encostar em mim (...) eu ia pro hospital do câncer pra tirar a dor. “

“No começo eu não queria acreditar, achava que ia ficar paralítica.”

“A dor que eu sentia aqui dentro eu achava que estava com dor no coração, porque eu achava que essa dor fosse do coração... Parecia que estourou um negócio aqui dentro que eu não agüentava. Passava o pessoal por mim e ninguém podia piscar, nem encostar em mim, pois parecia que tudo ia arrebentar por dentro.”

Elas não questionam a capacidade técnica destes profissionais, no entanto salientam que o direito à informação e ao atendimento respeitoso é importante para o estabelecimento de uma relação de confiança entre o profissional de saúde e o portador das LER, possibilitando a elas lidar com o tratamento e o controle do seu estado de saúde.

“O trabalho é diferente com outros médicos. Na semana passada eu levei a minha mãe no médico só para ver as mãos. Estava doendo também.

Ele passou um remédio e disse: olha, a senhora vai tomar esse remédio à noite, uma hora antes da janta, devagar vai dar um soninho na senhora, a senhora vai se sentir meio indisposta... Quer dizer, que ele preparou a minha mãe para tudo o que ia sentir... muda bastante.”

6.4.1- Serviço Público de Saúde

As queixas sobre o atendimento aos portadores das LER expandem-se a todo o serviço público de saúde que procuram. Falam da necessidade de enfrentar filas nos hospitais e ambulatórios de especialidade, pegar senhas, chegar aos locais de madrugada e muitas vezes serem mal atendidas, ter de esperar meses por uma consulta, com tratamento diferenciado. As trabalhadoras observam que o poder econômico estabelece uma forte interferência. Os relatos sobre instituições conveniadas ao SUS são ilustrativos:

“e o SM é assim: para conseguir uma vaga você tem que chegar lá 4h da manhã ou às 4h30 para receber a senha. Se conseguir, a gente fica lá na fila. Quem paga convênio e chega entra por esse lado, depois que os do convênio são atendidos é que vão nos atender. Não atendendo a nós, uma vez eu fui duas vezes ao médico... a gente faz fila, não fecha a porta, entram dois pacientes, um fica desse lado e o outro do lado de cá, o médico nem olha para sua cara... o tratamento é esse.”

“Porque a gente paga imposto, paga tudo e vai ser atendido por um médico da área normal e a gente quer ter um tratamento. Você chega lá, banca uma consulta, o tratamento modifica...”

No entanto, observam a heterogeneidade no atendimento recebido, o que talvez explique se referirem à figura do médico e não à instituição que está vinculado. Relatam gostar do atendimento recebido em algumas unidades do SUS por sentirem-se acolhidas em suas queixas, ouvidas em seu sofrimento, encontrando tratamento e respostas que tornam inteligíveis suas dúvidas e inquietações a respeito do seu adoecimento, criando um vínculo que permite estruturar-se para enfrentar a doença e terem maior controle sobre a sua terapêutica, onde sejam co-responsáveis por sua melhora (CAMPOS, 2000).

6.4.2- O MÉDICO DA EMPRESA

Os médicos das empresas são muito citados pelas trabalhadoras. Os grupos relatam algumas situações em que eram prontamente diagnosticadas e indicada substituição de função ou afastamento. No entanto, na maior parte deles, as dores são subestimadas, recebem tratamentos paliativos (algumas contam que retornavam ao trabalho com dores e que estes tratamentos trazem problemas estomacais, como gastrites e úlceras), relacionam-nas ao trabalho doméstico, a características psicológicas, genéticas ou hormonais, sendo encaminhadas para tratamento, mas não afastadas. Não são informadas das suas lesões e dos riscos de permanecer no mesmo posto, executando o mesmo trabalho, na mesma intensidade e ritmo que faziam. Em alguns casos as trabalhadoras colocam que descobriram a doença só após a demissão ou que foram afastadas em estágios avançados das lesões.

“Quando eu entrei com um pedido no Departamento do Acidente do Trabalho, a empresa contratou um médico, pois estava tendo muitos problemas com tendinite. O próprio médico me falou que essa atividade poderia ser do serviço de casa que eu fazia e que não era da atividade na empresa.”

“lá no serviço atendem várias pessoas no meu estado, igual, sentindo muita dor e que não vão ao médico, porque eles falam que vão ao médico eles tomam um remedinho a dor alivia um pouquinho (...) e vão trabalhar normalmente”

“Eu fui ao médico por três ou quatro vezes com o braço doendo, doendo,...doendo. Aí, eu não fui mais.(...)”

“...eu passei em dois médicos da empresa, sem contar os médicos conveniados, aí fora etc. e tal e nenhum tomou providência de me esclarecer, me informar: - Você precisa se afastar, não adianta fazer fisioterapia de manhã e se matar a tarde, é pior. Nenhum deles...”

As dores, sendo consideradas pelos médicos da empresa algo sem maior importância, fazem com que muitas trabalhem até o seu limite de tolerância, outras sentem a desconfiança dos colegas e chefes pelas reiteradas vezes em que buscam o atendimento.

“O médico deu remédio e disse que ia passar e nunca passava e aí eu senti que eu piorava mais..... e fiquei com aquele negócio na cabeça: o que é que eu faço agora?”

“Quando chego ao médico ele diz que eu não tenho nada. Volto para o serviço e vou trabalhar. Eu tenho que trabalhar. Com ou sem braço eu tenho que trabalhar, porque eu não tenho doença.”

“...eu ia ao médico e ele dizia que era uma dor muscular .

Passavam os anos e ninguém descobria o que era e sempre fazia o exame e dizia que era reumatismo no sangue. Aí quando deu um ano o médico disse que eu tinha que fazer exame de seis em seis meses, para ver se isso ia voltar; não melhorou e sempre acusava uma inflamação crônica. O médico falava que isso não era nada não. Isso era comum. E com isso foi. Nunca ninguém procurou descobrir o por quê da inflamação crônica e, porque tinha inflamação crônica, existia algo de errado. Nunca procurava saber e da parte do médico também não, pouco importava o por quê dos dedos incharem.”

Esse vai-e-volta traz problemas na relação com o trabalho, insegurança e dúvidas com relação ao seu estado de saúde.

“A encarregada falou assim <- Ah! Mas a médica disse que você não tem nada!!> Não é aparente, quem sou eu, né?”

Como manter a posição de que está doente quando o médico diz *“que eu não tinha nada, que eu estava melhor do que ele. Na firma o que eu podia fazer?”*

A forma como são atendidas pelos médicos do trabalho pode estar relacionada ao descrédito, quase generalizado, quanto aos primeiros sintomas, colocado por OLIVEIRA e BARRETO (1997) e também observado por FEUERSTEIN, MILLER, BURREL e BERGER (1998) ou ao que SETTIMI et al. (2001a) colocam, como uma suspeita de simulação por parte das trabalhadoras.

6.4.3- Perícia Médica

A perícia médica do INSS é uma grande geradora de tensão e expectativa quanto ao futuro financeiro e profissional. O reconhecimento das Lesões por Esforços Repetitivos como relacionadas ao trabalho dá às trabalhadoras o direito de manterem-se afastadas do trabalho para tratamento, indenização², retorno em posto adequado a sua atual condição e um ano de estabilidade no emprego a partir da volta. Tem um significado de “prova” na relação com a empresa, de que está realmente doente e que esta ocorreu em decorrência das condições em que trabalha, no entanto o “carimbo do INSS” na carteira de trabalho é visto como um obstáculo no caso de terem de procurar um novo emprego.

² O auxílio-acidente do trabalho é uma indenização, de caráter vitalício e mensal, referente a 50% do salário de benefício, paga ao segurado do INSS que sofre lesão decorrente de acidente do trabalho ou doença ocupacional que implica seqüela, provocando a redução ou a incapacidade para exercer a função que realizava até então, mas pode, mediante reabilitação, exercer outra atividade. (BRASIL, 2003)

“Você vai procurar trabalho não encontra por causa do carimbo de CAT. Você vai nas empresas, o segurança pega sua carteira, olha, vê o tanto de experiência que você tem na FNM e volta dizendo que a vaga já foi preenchida, mas a placa de procura-se continua lá, quer dizer, ninguém mais aceita você.”

“Só de pensar que amanhã o INSS pode cortar o benefício, isso já assusta. Começar novamente como? Aos 44 anos, carteira carimbada e as mãos e braços impotentes? Realmente é melhor pensar só no hoje...”

“Tenho medo do INSS cortar o benefício. Já cai de R\$ 1.200 para R\$ 530 e tenho medo de perder esses R\$ 530”

A aposentadoria por invalidez também é descrita como uma situação não desejada porque limita as perspectivas de futuro.

“...eu acho que ainda sou produtiva apesar das LER, sabe?... eu não consigo viver com 44 anos aposentada por invalidez dentro de casa...”

“...tava tendo muita aposentadoria no INSS então vem uma junta médica do Rio de Janeiro para fazer levantamento dos pacientes que estavam sendo atendidos e eu caí com uma, quando ela me viu ela falou : <,- Você não dá mais nada para o trabalho, a única coisa que te resta agora é aposentar por invalidez>. Nossa, eu chorei, tanto quando ela falou isso, eu não queria, queria voltar a trabalhar, eu não estava preparada para a aposentadoria de jeito nenhum, eu queria mais era voltar numa boa, continuar, mudar de setor, nem CRP eu tive chance.”

A relação com os peritos é um outro ponto de tensão. Da mesma forma que em QUINTNER (1995) os relatos apontam situações em que são tratadas de forma rude, autoritária, ofensiva, agressiva, não são examinadas, ou têm seus exames e laudos ignorados.

“... quando chega no INSS, o perito, quando você entra na sala lá do perito, ele já esta com a sua pasta, então ele já sabe qual é o mal que você tem, ele já não olha na sua cara, não sei se é, às vezes ele esta de cabeça baixa escrevendo né e você senta, você já

não sabe se pede um remédio pra ele, se dá o relatório, o relatório geralmente já está com ele, então você num..., aí ele pergunta assim, sem olhar pra você, ele pergunta, como é que você está passando, melhorou, o que é que você tem?”

Relatam a desconfiança sobre o seu estado de adoecimento, como se tivessem a intenção de forjar as LER.

“Eu ponho esse negócio aqui pra passar na camisa né, eu passo do lado aqui pra passar na camisa. E ele achou ruim, ele disse que eu tinha ido com esse negócio aqui pra impressionar ele (...) ele falou que é perito do INSS há 18 anos e essas coisas, ele falou que é médico do trabalho, uma coisa assim. Quer dizer, esse tipo de pressão...”

Diante da autoridade e do poder dos peritos de conceder benefícios e afastamento do trabalho, as trabalhadoras sentem-se como “formiguinhas” diante de “elefantes”.

“Eu vejo o médico como o elefante e o paciente como uma formiguinha, eles sabem o grande poder que eles têm de decidir as nossa vidas e então não se preocupam, porque tudo que a gente já quer fala, eu já tentei conversar, em todas as entrevistas eles sempre cortam, aliás já começam pelo < bom-dia! >. Então eu acho que é isso né, eles têm noção de que esta tudo centralizado na mão deles, então não se preocupam com a gente.”

As histórias que ouvem e que vivenciam tornam o ato de ir ao Posto da Previdência Social e passar pela perícia uma tarefa temida, que gera muita ansiedade, apreensão e sofrimento. O que chamamos de “tensão pré-perícia” (GARBIN, NEVES e BATISTA, 1998).

“..tenho perícia amanhã, então aí junta tudo, você fica numa confusão. Ontem eu tive relaxamento de manhã, cheguei à tarde, 2 horas da tarde em casa, eu não consegui fazer nada, sabe quando a cabeça da gente está pra lá e pra cá e a gente fica feito barata tonta pra lá e pra cá... não conseguia fazer nada, nada e isso mexe muito com a cabeça da gente, é, apesar de não... não estar sentido dores assim muito fortes, mas a minha cabeça estava a mil, não conseguia fazer nada...”

Apesar de reconhecerem que nem todos agem dessa maneira, colocam que o Perito do INSS defende os interesses da Previdência e que o trabalho dele é investigar se o trabalhador está realmente doente e se os laudos condizem com seu estado de saúde. Ponderam, no entanto, que alguns abusam da sua autoridade.

“Agora tem duas vezes que passei com o mesmo que é o melhor médico do INSS de Guarulhos, te trata bem, fala <bom-dia, boa tarde, boa noite, tchau, senta > e os outros nem olham...”

“...tem um médico lá, doutor WYC, eu não posso ouvir a voz dele, sinceramente, eu vou relaxada pra lá, eu faço o possível pra ir, faço relaxamento na noite anterior, levanto assim bem mais cedo, me preparo, rezo, mas eu chego (...) é uma energia superestranha, aquele homem me fez chorar muitas vezes, me tratou como animal acho que é mais bem tratado do que um ser humano pelo doutor WYC. É uma coisa esse homem, sabe, ele só fala gritando com as pessoas, sabe, ele comete as maiores injustiças que você possa imaginar, eu vi uma mulher lá, ele te deixa meia atônita assim (...) naquela época, bem comecinho que eu tava afastada, eu não sabia que eu tinha direito até a fazer um B.O. diante disso, ah, se fosse hoje. De qualquer forma cria um clima que ele deixa a pessoa tonta (...).”

“Eu me sinto como se eu tivesse na guerra, na Alemanha (...), tem uma médica alemã, não tem? Uma ruiva, cheia de sarda, forte, ela é bem forte, alta, ela (...) ela é brava essa médica, nossa, ela é brava... cada posto tem o seu carrasco.”

“Em Guarulhos, tem um médico, o Dr X, ele é assim, o dia que ele, não sei, acho que ele levanta com o pé esquerdo, você nem pode falar < bom-dia>, o dia que ele tá atacado ele já vai dando alta pra todo mundo que passa com ele, pode estar sem braço, pode ter acabado de operar. Eu já vi meninas que operou, tudo assim os pontos, ele deu alta, o rapaz sem a mão ele deu alta. Então, o dia que ele está atacado, ele dá alta pra todo mundo. “

6.5- IMPACTO DAS LER NO COTIDIANO E ASPECTOS PSICOSSOCIAIS

6.5.1- Dificuldades financeiras

Além das perdas da capacidade produtiva e dos movimentos e ter de conviver com a dor, as trabalhadoras relatam que as LER provocam mudanças na economia doméstica com gastos com remédios, tratamentos e transporte, com a diminuição de renda e a perda de benefícios que recebiam como o convênio médico, uma vez que grande parte das participantes dos grupos está ou afastada pelo INSS ou encontra-se desempregada.

Quando não têm uma fonte de renda alternativa relatam também um aumento de sacrifícios e de privações para os demais membros do grupo familiar. Esta situação é mais crítica entre aquelas desempregadas que não conseguiram obter os benefícios Previdenciários, aquelas que são chefes de família, têm filhos pequenos e/ou maridos desempregados.

“... depois que a gente está doente, gastando com remédios sem ter dinheiro, privando os filhos da gente de muitas coisas para poder comprar um remédio, para poder fazer o tratamento, é só aí que você vê a sua culpa, a sua responsabilidade.”

“...quando o CEREST era no Mandaqui, eu ia todo dia, saía de casa 9 e meia da manhã e chegava às vezes as 6, 7 da noite, era quase o dia inteiro fora. Não comia, tinha dia que eu não tinha dinheiro. Eu levava pão. O dia que eu tinha pão eu comia, o dia que não tinha eu ficava sem comer.”

“...eu ganhava R\$ 560, eu estou ganhando do INSS 300. Quer dizer: reduziu quase a metade, né?...”

6.5.2- A DOR

A dor é um aspecto central dentro do sofrimento vivido pelas trabalhadoras, estando presente em todas as discussões. SANTOS FILHO e BARRETO (2001) observam que a experiência dolorosa está relacionada a complexos mecanismos neuromusculares e

psicológicos individuais e psicossociais como o suporte da empresa, diagnóstico, tratamento e situações de estresse. É descrita como o que as motiva a procurar o médico da empresa, a pedir afastamento e a procurar tratamento, quase sempre em situações em que as dores eram insuportáveis. É uma dor que não é só local, mas que se irradia para mãos, braços, ombros, pescoço. Muitas também relatam dores em outras partes do corpo, principalmente aquelas que trabalhavam em postos que exigiam movimentos repetitivos dos membros superiores e inferiores, como no caso das costureiras e tecelãs. É descrita como intermitente, com sensibilidade excessiva, independentemente da realização de movimentos ou estímulos, no entanto, sentem picos de dores quando forçam os membros afetados, como observam GUN e JEZUKAITIS (1999) no estudo da epidemia Australiana. Explicam-lhes que a dor é decorrente das lesões causadas pelos movimentos repetitivos, mas quando param de trabalhar continuam a sentir dor, às vezes a têm aumentada. Por conta desta inconstância e imprevisibilidade, sentem dificuldade de entendê-la e controlá-la.

“...são os pesquisadores do Hospital das Clínicas esse departamento que cuida da dor – que disse que a dor está relacionada com a tensão. Quanto mais você fica tensa mais sente a dor e você vive a pressão. Vira um círculo vicioso: tensão, pressão e dor.”

“A primeira coisa que a LER ataca em você é a dormência no corpo. Meu olhar às vezes estava assim, essa dormência, essa dor, eu vou me deitar e já começa a doer o pescoço, começa a doer a cabeça...”

“... não estou exercendo a profissão e a dor continua. Então, não sei o que eu tenho que fazer.

Se mexo a dor vem, se não mexo sinto dor também”

“... a dor vem e ela volta, dependendo do movimento ela ataca mesmo...”

“Eu acho que ela está espalhando. Eu sentia a dor maior aqui no antebraço e aqui na mão. Agora sinto muita dor aqui, muita dor no pescoço, esse lado aqui também já está doendo de mais o corpo... começo a ficar numa posição só. Então, sempre nesse lado aqui dói tudo. Então dá dois paralelos: dói até aqui e embaixo do braço.”

“...eu sinto como se eu tivesse alguém lá dentro me arranhando e é uma dor assim como se tivesse me arranhando mesmo, me cutucando, eu não sei porque, porque eu estou parada, não tenho feito muitas coisas, moro sozinha, faço alguma coisa em casa, e acho assim que... que eu estou falando assim... mas eu sinto sempre assim esse tipo de sintoma, mas, é como o médico falou, é uma crise, eu estou começando a entender e antes eu não entendia porque eu estava com dor se eu não fiz nada.”

“...parece que os meus dois braços estão podres, muita dor, muito comprimido, picos de dor, bem aguda assim mesmo de latejar, todo o braço e a dor ser generalizada, é assim... não tem hora, hoje eu fui pôr uma toalha no varal, tomei banho, fui pôr a toalha no varal (a voz falha) deu choque, as mãos, os dedos ficaram todos dormentes.”

“Eu sinto aquela dor aqui. É horrível. Eu uso aquela cinta, coloco bolsa de água quente, parece que secou algum líquido aqui. Eu sinto quando mexo que parece que raspa. Dói o pescoço, dói a cabeça...parece que vai secando o líquido aqui assim, conforme eu vou levantando vai estralando, parece que esta seco, é uma coisa horrível...”

A dor faz parte do cotidiano, sua intensidade e força nem sempre são vistas como controláveis, aumentando à noite, prejudicando a qualidade do sono, no frio, quando estão tensas ou sem que elas entendam o porquê. É vivida como físico, mas também como emocional, na medida em que altera o humor, provocando desespero, angústia, ansiedade, irritação, crises depressivas e as faz procurar o isolamento e as fragiliza. Essas mudanças se refletem no relacionamento familiar e no contato com outras pessoas, sendo um elemento a mais de conflito. TANAKA, PETERSEN e CAMERON (2001), em seu estudo com trabalhadores americanos, também observam que as LER trazem impacto sobre a qualidade de vida afetando o sono, sobretudo em casos de Tendinite e Síndrome do Túnel do Carpo.

“...custa pra gente ver, às vezes fica assim (...) pára de doer, tem dias que dói mais, mas a dor já é um produto que começa a doer todo o dia.”

“Não sei, às vezes tem dias que eu tenho dor de chorar, dor de não agüentar.”

“...eu acordo a dor está tomando conta, dá impressão que, quando eu durmo, a coisa piora eu paro de movimentar, então eu faço assim com os dedos eu não agüento, dói aqui, dói aqui, dói o ombro, dói o pescoço...”

“Eu estou acordada desde as 3 horas da manhã. Eu tomei o medicamento, o medicamento me dá bastante sono, então caí na cama e dormi (...) mas aí quando deu 3 horas da manhã eu acordei e não consegui nem cochilar mais, sentia assim, aquelas dores horríveis.”

“As pessoas que têm LER nesse frio vão ficando cada vez piores da dor. Parece que vai congestionando tudo, parece que vai perdendo o movimento.”

“O problema é aquela dor que irrita a gente: você não consegue ficar deitada, não consegue ficar de pé, ficar sentada e não pode fazer nada.”

6.5.3- Ausência de melhora e falta de perspectivas futuras

A dificuldade de obterem melhora é observada por grande parte dos grupos, tendo já passado por diversos tipos de terapêuticas como fisioterapias, acupuntura, cirurgias, medicamentosa, relaxamento, psicoterapias, com pequena melhora ou alívio temporário das dores, algumas trabalhadoras relatando até piora.

Saber que são portadoras de lesões crônicas, apresentadas a elas como de tratamento difícil e de longa duração, que não têm cura e que terão de conviver com estados dolorosos o restante da vida e, em decorrência disso têm uma série de limitações que as impedem de levar a mesma vida de antes, faz com que vejam de forma pessimista seu futuro. Falas como *“estou desenganada”* ou *“estou desgraçada”* descrevem estes sentimentos.

“Eu infelizmente não consegui ainda, também, nem tratamento, nem medicamento que me aliviasse assim, a dor pra eu poder levantar hoje e falar assim: hoje graças a Deus eu não estou sentindo nada, infelizmente eu não cheguei nesse ponto ainda, já fiz ultra-sonografia, aquela fisioterapia (...) já fiz banho de parafina, é...tem uma outra que agora não me lembro, contraste, ah! fiz um monte... até desanima a gente, a gente faz uma coisa, faz outra...”

“Ao invés de melhorar eu pioro cada vez mais. Se eu me afastei do serviço é porque não sei o que fazer. Em casa, também, é a mesma coisa. A gente faz o trabalho em casa, a gente trabalha em casa, faz as coisas em casa, é a mesma coisa, e ao invés de ir melhorando a gente vai piorando.”

“...me sinto como uma planta. Quando melhora a dor sinto-me feliz, mesmo sem receber nada do INSS. Sinto-me como uma planta que deixou de ser regada. O problema está se agravando. Mas a gente tem que ser feliz mesmo na dor. Tem que lutar.”

“Esse olhar meio perdido dela (refere-se a um cartaz feito pelo grupo) nos questionando aí é a minha falta de esperança com o futuro. Me vejo, quase que noventa por cento do tempo assim. Porque eu tenho trinta e quatro anos, não sou tão jovem, mas também estou bem longe da terceira idade ainda, então o que me espera esse futuro, esse olhar aí questionando o futuro. Para mim ele é sombrio, ele é nebuloso (pausa) que não tem assim muitas perspectivas, muita esperança”

6.5.4- Limitações e incapacidades

As LER trazem limitações “...na vida afora, como mãe, como esposa e como cidadã normal...”, cobrando das trabalhadoras a aceitação de novos limites e a busca por novas formas de fazer as atividades cotidianas, reaprender coisas antes simples de serem feitas, como tirar uma blusa, escovar os dentes, escrever, pentear os cabelos, por exemplo, que passam a exigir cuidados para que não provoquem dor, e, às vezes até necessitando da ajuda de outras pessoas. Aceitá-las é relatado como uma tarefa difícil e resistem a sua nova condição.

“Eu posso mudar, mas é difícil, eu sei que não sou criança, tenho que procurar aceitar, mas hoje em dia eu não aceito não, acho que não estava preparada para tudo isso.”

Além do trabalho profissional e doméstico, deixam de fazer outras atividades que lhes dão prazer, mas que também provocam dor. Evitam ter de se deslocar, pelas dificuldades como o transporte público e também com automóveis, de se segurar e manter a força das mãos. Situações comuns do cotidiano podem ser constrangedoras como não conseguir se segurar no ônibus ou metrô, caindo ou se esbarrando em outras pessoas. Aquelas que obtiveram licença para viajar como deficientes físicos se sentem censuradas sob os olhares dos outros passageiros e profissionais destes serviços que não vêem nelas nenhum sinal de deficiência. Às vezes se utilizam de talas para tornar visível sua condição.

“Eu tava estudando, até o ano passado. Deixei de estudar porque eu não conseguia escrever, não conseguia fazer um trabalho de escola, ultimamente era muita matéria, então eu não conseguia e tive que parar de estudar...”

“O medicamento que eu estou tomando dá muito sono... e tontura, que quando vou ficar de pé começa me escurecer as vistas, dá tontura... hoje mesmo quando peguei o metrô fiquei até preocupada, começou a me dar tontura, o metrô embarcou e eu cai.”

“Vem a sensação de incapacidade. Porque eu não consigo... aí você tenta, puxa, não é só fazer tudo, lavar, passar, hoje em dia vou tomar refrigerante tem que falar “põe no copo”, são coisas mínimas que às vezes você fica assim “Puxa, tão pouco e não consigo”.... essa sensação ela é terrível, é uma sensação de incapacidade de fazer pequenas coisas, coisinhas corriqueiras (...)

- Isso coisa que uma criança pode fazer e a gente não consegue.”

Sentem-se isoladas, ficando apenas em casa “sem fazer nada”, evitando contato com situações que possam causar dor.

Estas limitações trazem sentimentos de incapacidade, presentes em muitas falas. Pessoas que antes tinham uma vida de intensa atividade, tendo que agora deixar de fazer muitas delas, é algo que sentem dificuldade de aceitar. Relatam que basta uma pequena melhora para que “forcem” um pouco mais, para fazerem tudo aquilo que se sentem impedidas de fazer, no que sentem o retorno das dores, às vezes mais intensas, o que reforça este sentimento.

“o pior na ordem da pessoa é de saber que você fazia X e agora não consegue fazer nem metade do X. Em você isso não te deixa angustiada assim? Em saber que a minha própria mãe me cobra, que a minha mãe costura há 22 anos pra fora e que quando eu chegava do emprego às 2 h eu ajudava a pregar zíper e agora não consigo fazer mais.”

“Eu me senti já inútil, assim, parece que tudo que vai fazer a gente até acaba se lembrando de coisas que não deveria.”

“...eu fazia um monte de coisas, agora eu tive que parar com a minha vida, eu virei praticamente uma pedra, eu estou parada, eu procuro me virar, sei que dor suave não existe, mas eu tento levar na esportiva a minha dor, tomando um monte de remédio...”

“Eu com essa coisa de limite, tá fazendo as coisas ter um certo limite, da limitação né, então isso gera um monte de sentimento, por mais que sejam trabalhados é..... frustração, de impotência, de..... de.....às vezes de revolta.”

“eu me sinto presa porque, até com as próprias palavras, tudo que foi assim, relacionar mãos pra poder pegar eu tenho dificuldade... eu me sinto assim fechada.”

“...na minha casa eu não faço nada. É um absurdo, eu aposentei para não fazer nada, não fazia no trabalho, não faço em casa, não consigo fazer, tudo que eu tento eu não consigo, são coisas mínimas eu não posso passar roupa, eu não posso lavar, eu não posso estender roupa no varal, se eu vou dobrar um lençol só de fazer assim com o braço já me dói...”

O sofrer constante das dores, a perda de perspectivas futuras, o pessimismo, a necessidade de tratamento de saúde e tomar medicamentos continuamente, a incapacidade ou limitação para o trabalho tanto profissional como doméstico, a mudança de humor, “reclamar de tudo”, levam a colocarem que se sentem velhas.

“É uma coisa meio deprimente, você começa a admitir que você é uma pessoa idosa” (Pela impossibilidade de fazer as coisas)

“...quando eu quero fazer o serviço, começo a fazer e largo pela metade, começo lavar louça, paro, começo varrer, paro e às vezes fico assim, quero terminar e não consigo, fico com as mãos atadas, boto a mão pra cima... Aí me sinto assim, tem dias, bem velha, com dor na coluna, dor no braço, dor na perna, dor de cabeça, dor no estômago, tem dia que estou assim. Ontem mesmo eu... passei à noite todinha com o braço doendo, dor de estômago, dor de cabeça, hoje eu quase nem vinha. Então tem dia que eu fico assim ó, bem velha, velha mesmo, dor, dor mesmo.”

6.5.5- Aspectos psicológicos

São diversas as falas das trabalhadoras que fazem menção ao sofrimento emocional conseqüente do processo de adoecimento pelas LER. Ele perpassa toda a trajetória de trabalho-doença, sendo observado nas situações em que são obrigadas a provar a existência de suas dores e de sua doença, seja no ambiente de trabalho, serviços de saúde, Previdência Social e na própria família.

Referem-se ao “trauma” decorrente das relações com a empresa, que faziam com que tivessem que ir se “moldando”, se “encaixando” à forma de trabalhar e dos “conflitos” com os colegas. Os medos do desemprego, da perda das condições econômicas, do status de trabalhadora, da capacidade de trabalhar, o que DEJOURS (2000) coloca como medo da exclusão social e a dor que é vista como limitadora, causadora da mudança de humor, insônia e incapacitadora. Sentem também a mudança de comportamento, algumas relatam maior agressividade, outras maior retração, baixa auto-estima e depressão. Há também o desespero de não saber o que fazer, impotentes diante de uma situação que sentem que não têm controle.

“...tenho a expectativa de controlar os nervos, porque a gente fica doente e fica mais nervosa, você fica nervosa e doe mais ainda.”

“...hoje com dez anos de doença eu posso dizer sinceramente meu problema além da parte física afetada acho que o pior mesmo é a parte psicológica, como você colocou, então eu faço terapia... e graças a Deus eu tenho um ano de experiência e posso

dizer que com essa terapia que eu estou fazendo... eu estou conseguindo me levantar (...) agora eu posso falar sinceramente e que a coisa funciona como um trauma...”

“...a gente não pode perder o encanto da vida. Eu tenho medo também. Medo de perder a condição econômica, com toda a bagagem que eu tenho, todos os cursos que fiz, etc.... Só quem está passando pela situação da gente sabe.... Então a “doença mental” é isso, que não é, mas se sente. É horrível não conseguir levantar o braço para chamar o ônibus.”

“O que acontece comigo, eu não estou dormindo, eu estou com umas três semanas ou mais que eu não consigo dormir, sabe? Eu fico pensando no que eu tenho que fazer amanhã, essa preocupação, eu não estou trabalhando né porque me mandaram embora. Então eu fico com aquela preocupação e parece que tá me dando problema na cabeça, entendeu? Eu começo a falar, parece que começa a me dá um nó assim, me dá vontade de chorar, eu choro o que der. Então assim, você quer fazer as coisas, eu não faço né, mas quando faz tem que parar um pouco, eu tava lavando a louça eu tive que parar, eu parei e comecei a chorar, eu não tinha força pra lavar louça. Então, sei lá, eu acho que (...), sabe? Porque a gente morre é nessa vida.”

“...eu acho que repercute e muda o estado psicológico da gente: a gente fica mais agressiva, a gente fica indo de encontro à doença.”

“... eu era uma pessoa mais alegre, mais extrovertida, sabe? Mais amigo, não sei, por que, o porquê da LER e depois começou a doer, então eu era uma pessoa diferente, entendeu?, iih... depois quando apareceu a LER eu comecei a sentir alguma coisa ruim (...) e então eu fiquei meio retraída e tal, sem saber o que fazer em casa e tal.”

“Ninguém conhece o problema, a gente fica nervosa e a primeira coisa que ataca são os nervos, depois o resto, é tudo assim, vai deixando a gente nervosa”.

Essas questões relativas ao sofrimento aparecem também em outros pontos dos relatos quando se referem às dificuldades de ter o apoio familiar, como se sentem mais “fortalecidas”, “revoltadas” ou “tristes” em decorrência dele, da falta de reconhecimento das empresas perante o esforço e dedicação que tiveram e que se converteu em dor e lesão.

Reconhecimento que, novamente citando DEJOURS (2000), é importante na identidade do indivíduo e na sua auto-estima. Também na forma como colocam que são atendidas e tratadas pelos profissionais de saúde e da previdência social, a desconfiança, o atendimento protocolar, a falta de proximidade, compreensão e sensibilidade perante o seu problema e a dúvida sobre sua sanidade mental, colocada pelas negativas dos médicos, pelas insinuações dos colegas e chefes de trabalho e pela falta de sinais aparentes de doença. Que também são relatados como medo de problemas cardíacos ou oncológicos.

As crises de depressão são relacionadas pelas trabalhadoras às dores constantes. Os tratamentos apresentam uma evolução lenta, com resultados que consideram nulos, porque não sentem melhora, pouco animadores, por vezes apenas paliativos. Aquelas que relatam terem feito, por exemplo, atividades domésticas quando sentiam alguma melhora, usando a mesma força e intensidade de antes de adoecerem, voltam a sentir as dores, que reforçam a idéia de inutilidade. Pessoas que tinham uma vida intensa: trabalhavam profissionalmente e em casa, cuidavam dos familiares, e algumas também estudavam, passam a não conseguir realizar estas atividades e sentem dificuldades em aceitar novos limites, de encontrar um novo ponto de equilíbrio para suas vidas e impossibilitadas de enfrentá-las, sentem-se “derrotadas”. A depressão, então, é associada a sensação de incapacidade para fazer qualquer coisa e elas se sentem como “uma planta”, “uma pedra”, seja em casa, seja em outro lugar.

“...você trabalha, trabalha, trabalha, trabalha, trabalha, aí de repente você fica sem trabalhar, causa depressão...”

“...tudo aquilo que eu era, aquela esperança... alegria, pra poder lutar pra ter o melhor, hoje eu me sinto como essas linhas, fina, embaralhada, encardida, com medo de voltar pra empresa e passar por tudo isso que o seu WWW está passando, quer dizer, hoje a minha vida está representando essas linhas, eu estou fina, encardida, um amarelo frágil, frágil, tudo isso, não sei o que fazer, deixá o tempo acontecer (...) hoje eu estou como essa linha, branca, desbotada, encardida, triste sei lá apagada, tem dias que a gente está melhor, tem dias que é assim que a gente se sente, frágil.”

“Eu fiquei numa depressão terrível, então isso tomou conta, então eu vou deixar tudo, não vou fazer nada. Se der para fazer eu faço, se não deixo tudo aí. Se eu morrer vai aparecer alguém que faça. Então eu vou deixar tudo pra lá.”

“No início do meu afastamento, em fevereiro, eu conseguia fazer coisas que agora eu não consigo. Dói em pé, dói sentada... então a minha depressão é essa, ao invés de melhorar com esse repouso que estou fazendo, a impressão que tenho é que está piorando (...) quando eu tenho que fazer as coisas como eu fazia há cinco meses atrás, eu não estou conseguindo, não. Isso é que deixa deprimida.”

“... as LER me tirou a alegria de viver, me tirou assim um monte de coisa, me limitou, me fez ser uma pessoa diferente das outras...”

“É, porque a dor já é terrível, a depressão em si fica, assim, insuportável. Eu acho que a maioria deve ter problema de depressão, porque começa a ver que as pessoas todas, todo mundo assim a sua volta que desacredita ou que fica pensando assim: - Pô, se você esta fazendo tratamento esses anos e não esta dando certo, vai procurar outro médico, você fica lá em cima desse daí, não esta resolvendo, ele não descobriu ainda o que você tem. Às vezes a gente até procura mudar de médico, não adianta nada.”

“eu acho que eu estou com depressão... eu me sinto assim, se eu começar a falar dá vontade de chorar, chorar, é, sabe, às vezes eu não consigo falar sabe, então é que nem ela, ela ficou quietinha, de repente ouvir o outro assim só falando aí vai aliviando o outro, mas se tentar falar é pior, não é?”

Enfrentar este sofrimento exige um investimento de energia que pressupõe a possibilidade de vencer os obstáculos impostos pelas LER. Energia esta percebida entre aquelas onde o grau de lesão é menor, sendo também também as que conseguem vislumbrar outras possibilidades de futuro e adequar seus desejos às suas condições.



7. CONCLUSÃO

*“O trabalho mostra-se como momento fundante de realização
do ser social...”*

ANTUNES (2000)

Um primeiro aspecto que chamou nossa atenção ao estudarmos os relatos é o fato de não haver uma discussão da participação feminina no mercado de trabalho, nem de estarem em postos de maior concentração de mulheres ou de serem em maior número entre as que contraem as LER e entre as participantes.

O que para nós decorre da convergência de histórias de dor e trabalho entre os membros dos grupos: quando expostos às mesmas condições tanto os homens como as mulheres sofrem das Lesões por Esforços Repetitivos indistintamente.

Outra hipótese para que a questão feminina nos casos das LER não apareça nas discussões talvez esteja no fato de a participação da mulher no mercado de trabalho, para estes grupos, ser um fato comum pela necessidade de sobrevivência, para aumentar o conforto próprio ou da família, ou para adquirir independência financeira e maior participação social.

Não obstante, aspectos peculiares à forma como se dá a diferença de tratamento e exploração da mão-de-obra das mulheres aparecem em pequenas colocações ao longo das discussões. A questão de gênero transita nas sutilezas das falas, nos discursos sobre a doença e os seus impactos nas suas vidas, nas trajetórias de sofrimento. Não está explícito, mas implícito nas sutilezas dos diálogos, nos detalhes, inseridos entre uma fala e outra das trabalhadoras, destacando-se a obediência e a submissão aos mandos dos superiores, controle no uso dos sanitários, a dupla jornada de trabalho e comentários discriminatórios.

O que pudemos constatar das discussões dos grupos é que as LER não aparecem relacionadas a uma questão do gênero feminino e, sim, como decorrência de um conjunto de fatores relacionados às condições de trabalho. As empresas não têm contratado um maior número de mulheres em decorrência do seu gênero e sim por apresentarem uma menor resistência à forma como é organizado o trabalho, se adaptarem e se submeterem às regras de produção.

Um outro aspecto que chama atenção é que, apesar das diferenças entre os participantes dos grupos em relação a setores produtivos, tipos de empresas e cargos de trabalho, os relatos se aproximam no que tange à forma como eram envolvidos, as responsabilidades, a intensidade de produção, o medo do desemprego, a dificuldade de ter sua doença reconhecida pela empresa, pelos órgãos de saúde e previdência, familiares e sociedade.

Os postos ocupados pelas participantes dos grupos são aqueles considerados tipicamente femininos, concentradas no setor de serviços em funções como caixa, digitadoras, telefonistas, recepcionistas e operadoras de telemarketing, que exigem, entre outras habilidades, atenção concentrada, movimentos rápidos, destreza, responsabilidade, paciência e delicadeza que, em geral, não exigem a manipulação de grande volume de peso, como alguns dos trabalhos predominantemente masculinos, sendo comumente considerados “leves”. No entanto, na repetitividade, na soma dos movimentos, demonstram uma força total exercida superior àquela nos trabalhos pesados tipicamente masculinos como nos coloca MESSING, SEIFERT e GONZÁLES (1997). O trabalho repetitivo mostrou ser o elemento comum entre elas que, somado à falta de intervalos e pausas foi suficiente para que ocorressem as lesões.

No entanto, muitas relatam, além da repetitividade, a pressão produtiva e a competitividade. Acumulam funções que antes eram exercidas por duas, três trabalhadoras e exigências por quantidade e qualidade, além de outras características agregadas, como no caso do setor de serviços, a atenção ao cliente, “*sorriso na voz*”, empatia, etc. A competição, provocada pelas empresas, eleva cada vez mais os níveis de exigências e as metas de produção. Os erros são menos tolerados e o ritmo mais acelerado, com poucas pausas. Quem não consegue produzir dentro do esperado sabe que corre o risco da demissão.

A concentração de funções e a competitividade aumentam a pressão e o controle do trabalho que é exercido não só pelos chefes e clientes, como também pelos próprios colegas. Os trabalhadores são estimulados a se concentrar cada vez mais na sua função, sobrando pouco tempo para o contato mútuo, a troca de experiências e a

solidariedade. Onde contato direto com outras pessoas não é exigido o isolamento é ainda maior.

O trabalho ocupa não apenas o espaço da empresa, como toda a vida da pessoa. O risco do desemprego faz com que sejam mais zelosas com seu emprego e busquem se adaptar às necessidades da organização. O tempo vago é ocupado com atividades, descanso e/ou lazer que visam a dar condições de retorno ao trabalho. Esta situação é contrária àquela ideal, onde ele seria fonte de satisfação de necessidades primárias e secundárias e o tempo vago utilizado para enriquecer a experiência humana, conforme nos coloca ANTUNES (2000).

A constatação de que as empresas estão demitindo, que não há substituição daqueles que saem e sim o acúmulo de tarefas, o contexto de desemprego estrutural e as concessões que os sindicatos dos trabalhadores fazem de conquistas históricas como horas extras e adicional noturno permitem que situações, antes consideradas intoleráveis, sejam aceitas e em certo ponto até estimuladas (DEJOURS, 2000), deixando-as sem opção e obrigando-as a aceitar trabalhar nas condições oferecidas pelos empregadores.

Esses fatores geram forte carga de tensão que se reflete num significativo desgaste físico e mental (COHN e MARSIGLIA, 1994). O grande número de tarefas sobrepostas, traço da flexibilização do trabalho realizado pelas mulheres, as expõe a *“múltiplos riscos, com tempos de exposição muito variados”* (ACEVEDO, 1997). A ansiedade proveniente da tensão constante por mais produtividade e menor número de erros é apontada por DÍAZ e MENDEL (1997) como a principal causa de desgaste.

Os motivos que levam as trabalhadoras a não informarem, ou informarem tardiamente, sobre suas dores decorrem sobretudo do medo de serem demitidas, da responsabilidade com o trabalho e os outros funcionários, do receio que possa interferir na carreira e do medo que esteja com LER e são convergentes com as informações que encontramos na literatura em QUINTNER (1995), OLIVEIRA e BARRETO (1997) e ACEVEDO (1997).

Não obstante, quando procuram ajuda médica dentro da empresa, com frequência suas queixas são minimizadas, descaracterizadas ou ignoradas. A autoridade médica se impõe aos sintomas dos trabalhadores que, não tendo argumentos que se sobreponham ao discurso médico-científico, são obrigados a permanecer no trabalho, mesmo doentes. Essas respostas médicas chancelam as críticas e comentários de chefes e colegas e tiram a credibilidade das queixas de dor no trabalho.

As trabalhadoras sentem-se *abandonadas* pelas empresas as quais sacrificaram sua saúde, *traídas* em sua confiança e *injustiçadas* no tratamento recebido. Algumas só descobriram que estavam doentes em decorrência do trabalho depois de serem demitidas pela queda na sua produção. Apesar disso, muitas demonstram desejo de retornar ao trabalho, por que ele é um espaço importante na constituição da sua individualidade e identidade, integração social, possibilita a satisfação pessoal e a auto-estima, além de ser fonte de sobrevivência. Há relatos que colocam que elas se sentiam parte da empresa e a forma como foram tratadas após o adoecimento, como sua expulsão de lá e também do mercado de trabalho. Como colocam DÍAZ e MEDEL (1997) a respeito do desemprego, mas que consideramos pertinente também para a situação de afastamento que se encontram as trabalhadoras acometidas das LER:

“Todas as investigações disponíveis tendem a provar que o desemprego é nocivo à saúde e constitui um grave risco ao equilíbrio emocional do trabalhador(a) porque gera pobreza, deteriora a imagem pessoal e o sentimento de auto-estima e pode destruir os vínculos sociais, pois o desempregado(a) perde o contato com os companheiros de trabalho. Além disso, durante os períodos de desemprego, perdem seus benefícios sociais e com eles a possibilidade de cuidar de sua própria saúde” (p. 43).

As possibilidades de retorno são incertas e sentem-se receosas quanto à forma como serão recebidas, se encontrarão um posto de trabalho adequado a sua nova condição, se haverá represálias, punições ou se permanecerão apenas até o término do prazo legal de estabilidade e serão demitidas. A incerteza traz ansiedade e falta de perspectivas futuras. Sabem que têm poucas chances no mercado de trabalho sendo portadoras das LER, uma vez que os postos disponíveis são, quase sempre, da mesma natureza que os que causaram o seu adoecimento.

A maneira como serão tratadas é outra preocupação quanto ao retorno ao trabalho. A forma como relatam que os colegas às vêem é semelhante a como se referem àqueles que produziam em velocidade e quantidade que, elas próprias, consideravam inadequadas e que resultavam no acúmulo de trabalho aos demais, como em pesquisa desenvolvida por RIBEIRO (1999) entre profissionais bancários.

Entre aquelas com maior tempo de afastamento, as perspectivas de retornar à empresa, ou ao mercado de trabalho formal, tornam-se cada vez menores dado o aumento da idade, as limitações da doença e o desinteresse percebido nas organizações de encontrarem alternativas que possibilitem a sua volta ou de mudar as condições de trabalho que levaram a situação de adoecimento. Os grupos relatam não existir, ou existirem poucos, postos onde possam trabalhar nas suas atuais condições, uma vez que todos eles exigem esforços que só tornariam mais graves as lesões. Sentem-se abandonadas pelos companheiros e amigos de trabalho, com os quais conviveram durante o tempo que estiveram na empresa. A impossibilidade de voltar ao trabalho faz com que percam o direito ao reconhecimento social, a autonomia financeira e o status de trabalhador.

Apesar das discussões grupais e do conhecimento que já têm sobre as LER, as trabalhadoras sentem-se culpadas por terem adoecido. Uma vez que na empresa, no INSS e em alguns serviços de saúde são tratadas desta maneira, como se estivessem simulando sua doença, se aproveitando da empresa e da Previdência Social para não trabalhar. Esse discurso de culpa também se baseia na observação que fazem de colegas com mais tempo na empresa que não adoeceram, fazendo-as pensar que as lesões são decorrentes de características pessoais como “*ser rápida*”, “*ser ambiciosa*”, “*ter má postura*”, “*ser frágil*”, “*mole*” ou “*um problema genético*”. Hipóteses culpabilizantes que geram sofrimento, na medida em que se trata de algo sobre o qual elas não tinham controle, que é a organização sobre o próprio trabalho que, como vimos em YASSI (1997), não respeita os limites e as diferenças tanto psíquicas como físicas dos trabalhadores.

Estas hipóteses perdem força no decorrer das discussões grupais pelo que já foi colocado a respeito da pressão produtiva, que busca sempre explorar os limites da capacidade dos trabalhadores e que no grupo, tal como na literatura (BRASIL, 1998; YASSI, 1997) atingem pessoas com tempo e experiência diferentes na função.

As LER ocorrem em maior número entre as mulheres pela organização do trabalho que, como colocam COHN e MARSIGLIA (1994), explora a divisão sexual do trabalho já existente nas relações sociais, a sua educação para a obediência e submissão. O discurso da fragilidade feminina, como vimos em QUINTNER (1995), busca culpabilizar as trabalhadoras pelo adoecimento por suas próprias características psíquicas, desresponsabilizando as empresas das condições que levaram às lesões.

Os fatores ligados às LER estão também presentes em outras doenças relacionadas ao trabalho, no que concordamos com RIBEIRO (1999) de que são uma síndrome emblemática, que denuncia um ambiente laboral produtor de doenças, expressão dos conflitos históricos entre capital e trabalho. A contemporaneidade das Lesões por Esforços Repetitivos pode estar no fato de, mesmo países tão distintos em desenvolvimento, modos de vida e legislação como o Brasil, Canadá, Suécia, EUA e Austrália apresentarem pessoas vivendo este tipo de síndrome.

Em relação ao espaço doméstico os grupos fazem uma distinção clara entre os papéis masculino e feminino. As mulheres, mesmo com LER, são responsáveis pelos afazeres da casa. Os homens “ajudam” em maior ou menor grau de acordo com o contrato conjugal e/ou a sua compreensão da limitação da mulher. Entre os homens com LER a preocupação se dá em relação a estar em casa e a imagem de “vagabundo” que possam ter na sociedade. As mulheres relatam a preocupação de não poderem fazer os serviços domésticos e cuidar dos filhos, sendo esta condição não só imposta, mas percebida como uma atividade que devem exercer. Para elas, estar em casa é assumir o cuidado de forma integral e não conseguir realizá-lo traz sofrimento e sentimento de impotência.

O apoio familiar varia muito de acordo com a própria estrutura e com o impacto econômico decorrente dos seus afastamentos e tratamentos, tendo como obstáculos a cronicidade das lesões e a incapacidade de as mulheres realizarem os serviços domésticos, levando à necessidade de mudanças na divisão dos trabalhos domésticos, onde ocorrem grande parte das tensões familiares.

Dos serviços de saúde destacam as queixas ao atendimento recebido por muitos dos profissionais de saúde e, em especial, dos médicos. Da mesma forma que encontramos em BOLTANSKI (1989) os consideram inadequados não só pela necessidade de passar por diversos especialistas e exames, muitas vezes sem receber informações sobre o seu estado de adoecimento, o que aumenta suas expectativas de um mal maior e também a sua ansiedade em relação ao seu problema, refletindo nas suas dores, como pela relação médico-paciente: de superioridade, distanciamento, brutalidade, da qual se ressentem de respeito e sensibilidade com o momento delicado que atravessam.

A falta de informação ou informações divergentes, fragmentadas e em uma linguagem nem sempre acessível, dificulta a compreensão e a inteligibilidade das lesões, bem como a adesão das trabalhadoras aos tratamentos, o seu envolvimento e enfrentamento, ao mesmo tempo que pode causar sofrimento decorrente das hipóteses formuladas por elas, de males de origem psíquica, cardíaca ou oncológica, por exemplo, e pelas situações de questionamento sobre o seu estado de saúde, que têm de enfrentar em diversos espaços da sociedade.

O fato de ser uma síndrome que raramente apresenta sinais, mesmo em seus estágios mais avançados, e tenha como principal característica a dor e a diminuição ou a perda de movimentos dos membros superiores talvez seja um dos maiores obstáculos que o portador enfrenta, uma vez que é uma “*doença invisível*”, sendo, como vimos, o seu diagnóstico eminentemente clínico, necessário que seja dado crédito as suas queixas e que o profissional de saúde conheça as lesões para que possa estabelecer o nexos causal.

A assistência pública de saúde, com raras exceções, foi considerada precária, tendo que enfrentar filas de madrugada e horas de espera para conseguir marcar uma consulta que nem sempre ocorre no mesmo dia, às vezes tendo de esperar meses. Desejam ter um convênio de saúde ou dinheiro para poderem pagar um serviço particular para evitar a espera do serviço público e se sentirem em condições de poder exigir um atendimento mais imediato e personalizado, não significando com isso que seja mais eficiente ou adequado às LER.

As trabalhadoras procuram nos serviços de assistência à saúde um espaço não só para um tratamento físico, mas que as compreendam de forma biopsicossocial, no seu todo. Que as tratem como “gente” acolhida em sua dor, em seu sofrimento. Querem encontrar no profissional de saúde alguém que esteja disponível para escutar o que têm a dizer sobre a sua dor, explicar o seu problema de saúde, a necessidade de fazer este ou aquele tratamento e quais as perspectivas de melhora e os caminhos para chegar até lá. Buscam uma relação de parceria e não um simples encaminhamento para tratamento e uma receita médica, o que CAMPOS (2000) vai chamar de uma Clínica Ampliada.

A perícia da Previdência Social é grande mobilizadora de sentimentos entre as trabalhadoras. Se, por um lado, é desejável ter reconhecida a sua doença e poder contar com o auxílio doença do trabalho, por outro o “*carimbo do INSS na carteira*” é visto como um obstáculo intransponível caso tenham que buscar um novo emprego. A forma burocrática, desrespeitosa, agressiva e imprevisível como descrevem o tratamento recebido da maioria dos peritos converge com o descrito por QUINTNER (1995) e por si só é gerador de sofrimento.

Apesar de autores como FRANSSON-HALL, BYSTRÖM e KILBOM (1995), SETTIMI e SILVESTRE (1995) e BRASIL (2002) destacarem não só a dor, mas a perda dos movimentos, sensação de calor e frio, enrijecimento muscular entre outros como os principais sintomas das LER, nos grupos estudados foi a dor, num limite considerado insuportável, o motivo relatado para que procurassem tratamento e passassem a viver parte das dificuldades sociais e sofrimentos psíquicos descritos. Ter de conviver diariamente com dor traz como consequência dificuldades para dormir, mudança de humor, desejo de se isolar, dificuldade para se concentrar em uma atividade, sentimento de impotência, ansiedade, desespero e depressão.

A necessidade de tratamento de saúde constante, a grande quantidade de remédios que são obrigados a ingerir, as dores e a incapacidade para o trabalho tanto profissional como doméstico faz com que se sintam velhas, inúteis e inválidas e que tenham poucas perspectivas em relação ao futuro. A angústia e a depressão estão intrinsecamente ligadas a esses sentimentos.

O sofrimento psíquico atravessa toda a história de trabalho e doença destas trabalhadoras, não sendo descrito como um *a priori*. Sofrem a angústia e o desespero de terem de trabalhar com dor e o fazem por conta da responsabilidade com a empresa e os familiares, com as negativas dos médicos em relação a sua doença, a procura por tratamento que diminua a dor e lhes ajude a entendê-la e a forma como são tratadas no serviço de saúde público e privado. Sofrem com a cronificação da dor e a falta de perspectivas de cura, a ineficácia dos tratamentos e incapacidade para fazer as coisas do cotidiano, as que gostam e as que sentem como de sua responsabilidade, o constrangimento vivido em situações públicas ou privadas como no transporte público e no cuidado pessoal, no lidar com a desconfiança e descrédito dos colegas de trabalho, chefes, médicos, amigos e parentes, na busca do “nexo causal”, que permite o recebimento de um auxílio previdenciário menos injusto e que prove socialmente seu adoecimento. Referem-se à depressão, baixa auto-estima, sentimento de culpa decorrente do investimento, feito no trabalho, incapacidade física, a perda dos rendimentos, aumento de gastos com saúde e insatisfatória evolução no tratamento.

Viés e limitações da pesquisa:

Encontramos em nossa pesquisa limitações que influenciaram não só nos seus resultados, mas também no seu desenvolvimento.

Uma delas refere-se ao fato de trabalharmos com material secundário. Com exceção do grupo Oficinas realizado em 1997 que teve a participação do pesquisador e foi transcrito para esta pesquisa, o restante das transcrições refere-se a grupos terapêuticos aos quais não tivemos acesso aos seus participantes, perdendo importantes informações próprias do campo, como expressões físicas, gestos, a entrada e a saída de pessoas do espaço grupal, etc. Também não temos conhecimento sobre a forma como foi feita a escolha dos seus membros, as particularidades da clientela atendida no serviço na época, nem os cuidados na transcrição deste material.

O fato de serem grupos com fins terapêuticos e não de pesquisa impossibilitou que fossem obtidos dados socioeconômicos completos de todos os participantes, houve longos trechos de discussão que não se relacionavam ao tema pesquisado, além do enfoque específico que o coordenador dá aos trabalhos dos grupos.

Estarem afastadas do trabalho, já terem passado por outros tratamentos, terem consciência da sua doença e das suas causas deram a essas trabalhadoras uma visão sobre as LER diferente da que se tem quando se está na empresa sofrendo com as dores. Serem, em sua maioria, pacientes crônicos faz com que tenham uma percepção específica, que não pode ser generalizada.

O fato de serem grupos heterogêneos em relação ao setor produtivo, ramo de atividade, cargo e condições socioeconômicas dificulta maior unidade e identidade entre os membros, não obstante os pontos em comum relatados nesta pesquisa.

Entretanto, consideramos relevante o desenvolvimento desta pesquisa por relatar, do ponto de vista das trabalhadoras, a trajetória de adoecimento por Lesões por Esforços Repetitivos. As informações descritas nos grupos são convergentes com os dados encontrados na literatura científica e as informações de contexto socioeconômico e permitem trabalharmos a questão do sofrimento das portadoras das LER, em especial os aspectos psicossociais, pouco discutidos nesta dissertação, mas que merecem atenção especial pela forma como desenvolvem no processo de adoecimento. Outras pesquisas neste sentido devem ser desenvolvidas, com grupos constituídos especificamente para este fim, mais homogêneos em relação à classe social, setor produtivo e ramo de atividade.



8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ACEVEDO, D. Gênero y flexibilización del trabajo: Impacto em la salud **Cuadernos Mujer Salud**, 2: 28-36, 1997.

AGÊNCIA BRASIL **Cechin defende mudanças na prevenção aos riscos do trabalho**. Brasília, DF, 2002. Disponível em <<http://www.radiobras.gov.br/materia.phtml?materia=50290&q=1&editora=EC>>. Acesso em: 3 set. 2002.

ANDRADE, M.A.G. La salud en el trabajo desde la perspectiva de género. **Cuadernos Mujer Salud**, 2: 10-14, 1997.

ANTUNES, R. **Adeus ao trabalho?** Ensaio sobre as metamorfoses e a Centralidade do Mundo do Trabalho. 7ª Edição Revista e Ampliada. São Paulo: Ed. Cortes/ Campinas Ed. Unicamp, 2000, 200p.

ARAUJO, A.M.C. Dossiê Gênero no trabalho – Apresentação. **Cadernos PAGU** 17/18: 131-138, 2002.

ASHBURY, F.D. Occupational Repetitive Strain Injuries and Gender in Ontario, 1986 to 1991. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, 37(4): 479-485, 1995.

ASSUNÇÃO, A.A. e ROCHA, L.E. Agora... até namorar fica difícil: uma história de lesões por esforços repetitivos. In: ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M. e BUSCHINELLI, J.T.P. (Org.) **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Ed. Vozes, 1993, p. 461-93

ASZKENAZI, M. Incidência del estrés psicosocial de acuerdo al género. **Cuadernos Mujer Salud**, 2: 50-56, 1997.

BARROS, C.A. de **Características psicoemocionais dos trabalhadores de uma biblioteca universitária, portadores de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho – DORT-LER**. Campinas, 2001 (Dissertação – Mestrado – Universidade Estadual de Campinas).

BIRD, H.A. e HILL, J. Repetitive strain disorder: towards diagnostic criteria. **Annals of the Rheumatic Diseases**, 51: 974-7, 1992.

BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. 3ª edição, Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1989, 191p.

BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS. **Normas Técnicas para avaliação de incapacidade para fins de benefícios - Lesão por Esforços Repetitivos - LER**. Brasília, DF. 1993, 20p.

BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS. **Normas Técnicas para avaliação de incapacidade para fins de benefícios - Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho - DORT**. Brasília, DF, 1998. Disponível em <<http://www.mpas.gov.br/2elb.htm>>. Acessado em 29 ago 1998

BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS. **Auxílio Acidente**. Brasília, DF, 2003. Disponível em <http://www.mpas.gov.br/02_01_02.asp>. Acessado em 24 mar. 2003

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Saúde e Trabalho. **Protocolo de Investigação, Diagnóstico, Tratamento e Prevenção de LER**. Brasília, DF, 2000, 32p.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho: Manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Cap. 18. Brasília, DF, 2002, p. 425-81.

BRITO, J. Uma proposta de vigilância em saúde do trabalhador com a ótica de gênero. **Cadernos de Saúde Pública**, 13(Suplemento 2): 141-4, 1997.

BRITO, J. **Saúde, Trabalho e modos sexuais de viver**, Rio de Janeiro, Ed. FIOCRUZ, 1999, 200p.

BRUSCHINI, C. O trabalho da mulher brasileira nas décadas recentes. **Revista Estudos Feministas**, número especial: 179-99, 1994

BRUSCHINI, C. e LOMBARDI, M.R. Instruídas e trabalhadeiras: Trabalho feminino no final do século XX. **Cadernos Pagu**, 17/18: 157-196, 2002.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**, São Paulo: Ed. Hucitec, 2000, 229p.

CÂNDIDO, V. G. & NEVES, M. DE A. Gênero, Trabalho e Saúde: um estudo de caso da L.E.R. numa empresa do setor metalúrgico. In: ARAÚJO, J. N. G. de; LIMA, M. E. A.;

LIMA, F. P. A. & cols. **L.E.R.** – Dimensões Ergonômicas, Psicossociais. Belo Horizonte: Health, 1997, p. 181-200.

CECÍLIO, L.C.O. **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção.** Mimeo, 2001, 20p.

CECHIN, J. (Ministro da Previdência e Assistência Social) Previdência Social e combate à pobreza. **III Encontro Ministerial de Desenvolvimento Social da América Latina.** Rio de Janeiro, 2002.

CEREST **Considerações e propostas sobre a política de saúde do trabalhador na Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo.** Mimeo , 1996, 15p.

CHIANG, H.C et al. Prevalence of shoulder and upper-limb disorders among workers in the fish processing industry. **Scandinavian Journal of Work Environ Health**, 19: 126-31, 1993.

CHIESA, A.M e WESTPHAL, M.F.A sistematização de oficinas educativas problematizadoras no contexto dos serviços públicos de saúde. **Saúde em Debate**. 46: 19-22, 1995.

CHIESA, A.M. et al. As repercussões emocionais das L.E.R./D.O.R.T. no cotidiano do trabalhador: a invisibilidade ameaçadora. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**. 27(101/102): 9-25, 2002

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

CUNHA, M.A. de A. No brilho do verniz, a corrosão das operárias. **Cadernos PAGU**, 10: 257-80, 1998.

DAVID, H.; VOLKOFF, S.; CLOUTIER,E. e DERRIENNIC, F. Vieillissement, organisation du travail et santé, **PISTES**, 3(1), 2001. Disponível em <<http://www.unites.uqam.ca/pistes/v3n1/articles/v3n1a5.htm>>. Acessado em 15 nov. 2002.

DEJOURS, C. **A banalização da injustiça social**, Rio de Janeiro: Editora FGV, 3ª ed., 2000, 160p.

DÍAZ, X.; MEDEL, J. Mujer, trabajo y salud: los daños ocultos. **Cuadernos Mujer Salud**, 2: 37-46, 1997.

ENGLISH et al. Relations Between Upper Limb Soft Tissue Disorders and Repetitive Movements at Work. **American Journal of Industrial Medicine**, 27:75-90, 1995.

FERREIRA, MF; CONCEIÇÃO, G.M.S e SALDIVA, P.H.N. Work Organization Is Significantly Associated with Upper Extremities Musculoskeletal Disorders Among Employees Engaged in Interactive Computer-Telephone Tasks of an International Bank Subsidiary in São Paulo, Brazil. **American Journal of Industrial Medicine**, 31: 468-473 (1997).

FEUERSTEIN, M.; MILLER, V.L.; BURRELL, L.M.; BERGER, R. Occupational Upper Extremity Disorders in the Federal Workforce: Prevalence, Health Care Expenditures, and Patterns of Work Disability. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, 40(6): 546-55, 1998.

FRANSSON-HALL, C; BYSTRÖM,S; KILCOM, A. Self-reported Physical Exposure and Musculoskeletal Symptoms of the Forearm-Hand Among Automobile Assembly-line Workers. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, 37(9): 1136-44 ,1995.

FUNDAÇÃO SEADE **Pesquisa de Emprego e Desemprego na Região Metropolitana de São Paulo**. São Paulo: SEADE, 2000. Disponível em <<http://www.seade.gov.br/cgi-bin/pedmv98/ped.ksh>>. Acessado em: 27 set 2000.

FUNDAÇÃO SEADE **Mercado de Trabalho Feminino no Estado de São Paulo – 1994/1998**. São Paulo: SEADE, 2000. Disponível em: <<http://www.seade.gov.br>>. Acessado em: 5 maio 2000.

FUNDAÇÃO SEADE A busca pela equidade social. **Boletim Mulher e Trabalho** nº 3, São Paulo, Março de 2001(a). Disponível em: <<http://www.seade.gov.br>>. Acessado em 5 nov. 2001

FUNDAÇÃO SEADE Inserção das mulheres negras no mercado de trabalho. **Boletim Mulher e Trabalho** nº 4, São Paulo, Junho de 2001(b) Disponível em: <<http://www.seade.gov.br>>. Acessado em 5 nov. 2001

FUNDAÇÃO SEADE O Desemprego Feminino na Região Metropolitana de São Paulo. **Boletim Mulher e Trabalho** nº 5, São Paulo, Setembro de 2001(c). Disponível em <<http://www.seade.gov.br>>. Acessado em 5 nov. 2001.

FUNDAÇÃO SEADE O Mercado de Trabalho Feminino na Região Metropolitana de São Paulo em 2001. **Boletim Mulher e Trabalho** nº 7, São Paulo, Março de 2002(a). Disponível em <<http://www.seade.gov.br>>. Acessado em 10 jul. 2002.

FUNDAÇÃO SEADE Ocupação Feminina e Flexibilização das Relações de Trabalho na RMSP – 1989-2001. **Boletim Mulher e Trabalho** nº 8, São Paulo, Junho de 2002(b). Disponível em <<http://www.seade.gov.br>>. Acessado em 10 jul. 2002.

GARBIN, A. D. C; NEVES, I. R. e BATISTA, R. M. Etiologia do senso comum: as lesões por esforços repetitivos na visão dos portadores. **Cadernos de Psicologia Social do Trabalho**, 1(1):43-55, 1998.

GONZÁLES, P.V et al. Evaluacion y seguimiento de pacientes com diagnostico de tendinitis de extremidades superiores por esfurezo repetitivo. **Medicina de Reabilitação**, 46: 5-10, 1997.

GUN, RT e JEZUKAITIS, PT RSI: A PERSPECTIVE FROM ITS BIRTHPLACE **Occupational Medicine: State of the Art Reviews**. 14(1), 81-95, 1999

GUTIÉRREZ, M; APUD, E. & NEIRA, S. Prevencion de Trastornos por uso excesivo de extremidad superior: esquemas de trabajo-pausa. **Cuadernos Médico-Sociales**, 12(3-4):28-34, 2000.

HAUFLER, M.; FEUERSTEIN, M. e HUANG, G.D. Job Stress, Upper Extremity Pain and Functional Limitations in Symptomatic Computer Users. **American Journal of Industrial Medicine**, 38:507-15, 2000.

HAYASHI, S. La vida y salud de las trabajadoras in Japón **Cuadernos Mujer Salud**, 2: 30-1, 1997.

HIRATA, H. Reestruturação produtiva, trabalho e relações de gênero. **Revista Latino-americana de Estudos do Trabalho**, 4(7), 5-27,1998.

HIRATA, H. Reorganização da produção e transformações do trabalho. Uma nova divisão sexual. In: **Estudos de Gênero face aos Dilemas da Sociedade Brasileira. Seminário da Fundação Carlos Chagas**, 13 a 16 de março, 2001.

HIRATA, H. Globalização e divisão sexual do trabalho. **Cadernos Pagu**, 17/18: 139-156, 2002.

HOCKING, B. Epidemiological aspects of 'repetition strain injury' in Telecom Australia. **The Medical Journal of Australia**, 147(7):218-22, 1987.

LANDSBERGIS, PA; CAHILL, J e SCHNALL, P The impact of lean production and related new systems of work organization on worker health. **Journal of Occupational Health Psychology**, 4(2): 108-30, 1999

LAVINAS, L. EMPREGABILIDADE NO BRASIL: INFLEXÕES DE GÊNERO E DIFERENCIAIS FEMININOS. **Texto para Discussão, 826**. Rio de Janeiro: Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, IPEA, 2001, p.40.

LIMA, A B. ;OLIVEIRA, F. Abordagem Psicossocial da L.E.R.: Ideologia da Culpabilização e Grupos de Qualidade de Vida. In: CODO, W. & ALMEIDA, M.C.C.G. de (orgs.) **Lesões por Esforços Repetitivos (L.E.R. Diagnóstico, Tratamento e Prevenção - Uma Abordagem Interdisciplinar**. Petrópolis: Vozes, p. 159-163, 1995.

MAENO, M. **Reinserção de Trabalhadores com Lesões por esforços repetitivos no mercado de trabalho**. São Paulo, 2001 (Dissertação - Mestrado -Universidade de São Paulo).

MAGALHÃES, L.V. **A dor da gente: representações sociais sobre as Lesões por Esforços Repetitivos**. Campinas, 1998 (Tese –Doutorado- Universidade Estadual de Campinas).

MALCHAIRE, J.B; COCK, N.A. e ROBERT, A.R. Prevalence of musculoskeletal disorders at the wrist as a function of angles, forces, repetitiveness and movement velocities. **Scandinavian Journal of Work Environ Health**, 22: 176-81, 1996.

MARX, K. **O Capital**: crítica da economia política, Vol. 1, Cap. 8 - A Jornada de Trabalho. São Paulo: Ciências Humanas, 1982.

MC DIARMID, M.; OLIVER, M.; RUSER, J. e GUCER, P. Male and Female Rate Differences in Carpal Tunnel Syndrome Injuries: Personal Attributes or Job Tasks? **Environmental Research Section**, 83:23-32, 2000.

MESERVY, D; SURUDA, A.J.; BLOSWICK, D.; LEE, J. e DUMAS, M. Ergonomic Risk Exposure and Upper-Extremity Cumulative Trauma Disorders in a Maquiladora Medical Devices Manufacturing Plant. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, 39 (8), 767-772, 1997.

MESSING, K.; SEIFERT, A.M. e GONZÁLES, R. Haciendo visible lo invisible: Indicadores científicos de procesos nocivos que afectan la salud de las mujeres en el trabajo. **Cuadernos Mujer Salud**, 2: 15-27, 1997

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**, 7ª ed., São Paulo - Rio de Janeiro: Ed. Hucitec - Abrasco, 2000, 269p.

NEVES, I.R et al. **Etiologia do senso comum: as lesões por esforços repetitivos na visão dos portadores** (Relatório de pesquisa). São Paulo: mimeo, 1997, 34 p.

OLIVEIRA, E.M. Género, salud y trabajo: Produciendo um nuevo conocimiento. **Cuaderno Mujer Salud**, 2: 47-49, 1997(a).

OLIVEIRA, F. A. **Construção Social dos Discursos sobre o Acidente de Trabalho** – São Paulo, 1997(b) (Dissertação – Mestrado – Universidade de São Paulo).

OLIVEIRA, R. D. As mulheres em movimento. In: FREIRE, P. (Org.) **Vivendo e aprendendo**. São Paulo: Brasiliense, 1980, p.39-67.

OLIVEIRA e BARRETO Engendrando gênero na compreensão das Lesões por Esforços Repetitivos. **Saúde e Sociedade**, 6(1): 77-99, 1997

POLANYI, M.A. et al. Upperlimb Work-Related Musculoskeletal Disorders Among Newspaper Employees: Cross-Sectional Survey Results. **American Journal of Industrial Medice**, 32: 620-628, 1997.

PRATI et al. Frequência de LER/DORT lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho, em digitadores de um jornal de Porto Alegre. **Revista Pesquisa Médica**. 33(1)-33(2): 34-38, 1999.

PUNNETT, L. Adjusting for the Healthy Worker Selection Effect in Cross-Sectional Studies. **International Journal of Epidemiology**, 25(5): 1068-1076, 1996.

QUINTNER, J.L. The Australian RSI debate: stereotyping and medicine. **Disability and Rehabilitation**, 17(5): 256-62, 1995.

RAMAZZINI, B. **As doenças dos trabalhadores**. 2ª ed., São Paulo: FUNDACENTRO, 1999, 269 p.

REIS, R.J. et al. Perfil da demanda atendida em ambulatório de doenças profissionais e a presença de lesões por esforços repetitivos. **Revista de Saúde Pública**, 34(3):292-8, 2000.

RIBEIRO, H. P Lesões por Esforços Repetitivos (L.E.R.): Uma doença emblemática. **Caderno de Saúde Pública**. 13 (Supl.2):85-93, 1997(a).

RIBEIRO, H. P. (org.) **L.E.R.: Conhecimento, Práticas e Movimentos Sociais**. São Paulo: FSP-USP,SSE-SP, 1997(b), 69 p.

RIBEIRO, H. P **A violência oculta do trabalho**: as lesões por esforços repetitivos. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999, 240 p.

RIZEK, C.S. e LEITE, M.P. Dimensões e representações do trabalho fabril feminino. **Cadernos PAGU**,10: 281-307, 1998.

ROCHA, L.E.; PAES,E.M e SOBANIA, L.C. Lesões por esforços de repetição: análise em 166 digitadores de um centro de computação de dados. **Revista Brasileira de Ortopedia**, 21(4): 115-9, 1986.

ROCHA, L.E., BATISTA, M.L. e MENDONÇA, M.G.V. Saúde Mental e Trabalho: Contribuição para o Reconhecimento da Relação entre Situação de Trabalho e Distúrbios Psíquicos. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, 26(99/100): 81-98, 2001.

SANTOS FILHO, S.B. & BARRETO, S.M. Atividade ocupacional e prevalência de dor osteomuscular em cirurgiões-dentistas de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: contribuição ao debate sobre os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. **Cadernos de Saúde Pública**, 17(1): 181-93, 2001

SATO, L. et al. Atividade em Grupos com Portadores de L.E.R. e Achados sobre a Dimensão Psicossocial. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, 21 (79); 49-62, 1993.

SEGNINI, L.R.P. – Relações de gênero no trabalho bancário informatizado. **Cadernos PAGU**, 10, 147-68, 1998.

SENNA, D.M. e FREITAS, C.U. A mulher em particular. In: ROCHA, L.E.; RIGOTTO, R.M. e BUSCHINELLI, J.T.P. (Org.) **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Ed. Vozes, 1993, p. 359-75.

SETTIMI, M. M. **Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho**. [Aula proferida durante o curso prático de L.E.R.] São Paulo (HOSPITAL DAS CLINICAS DA USP, Centro de Convenções Rebouças), mimeo, 1997.

SETTIMI, M. M. et al. Lesões por Esforços Repetitivos/ Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho: Abordagem Interdisciplinar. **Rede Especial – Revista do Projeto de Cooperação Técnica Brasil-Itália “Proteção à Saúde nos Ambientes de Trabalho”**, 3: 149-53, 1998.

SETTIMI, M. M. et al. **Diagnóstico, tratamento, reabilitação, prevenção e fisiopatologia das L.E.R./D.O.R.T** . Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001, 62p.

SETTIMI, M. M. et al. **Lesões por Esforços Repetitivos (LER), Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2001, 35p.

SETTIMI, M.M. e SILVESTRE, M. P. Lesões por Esforços Repetitivos (L.E.R./D.O.R.T.): um problema da sociedade brasileira. In.: CODO, W. e ALMEIDA, M.C.C.G. (org.) **L.E.R. Diagnóstico, Tratamento e Prevenção: uma abordagem interdisciplinar**. Petrópolis: Vozes, 1995, p. 136-159.

SOARES,A. Automação, (des)qualificação e emoção nos paraísos do consumo. **Cadernos PAGU**, 10, 113-46, 1998.

TANAKA, S; PETERSEN, M e CAMERON, L. Prevalence and Risk Factors of Tendinitis and Related Disorders of the Distal Upper Extremity Among U.S. Workers: Comparison to Carpal Tunnel Syndrome. **American Journal of Industrial Medicine** 39:328-335, 2001

VALLS-LLOBET, C. Salud laboral e morbilidad **Cuadernos Mujer Salud**, 2:56-60, 1997

VIDALES, S. Mujeres en las maquiladoras: Uma historia de contrastes. **Cuadernos Mujer Salud**, 2:82-88, 1997

WARREN, N et. al. Biomechanical, Psychosocial and Organizational Risk Factor for WRMSD: Population-Based Estimates From the Connecticut Upper-Extremity Surveillance Project (CUSP). **Journal of Occupational Health Psychology**, 1: 164-181, 2000

WATSON-JONES, R. Fraturas e Lesões Articulares. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1945, p.160-5.

YASSI, A. Repetitive strain injuries. **The Lancet**, 349(29): 943-7, 1997.

YASSI, A.; SPROUT, J e TATE, R. Upper Limb Repetitive Strain Injuries in Manitoba. **American Journal of Industrial Medicine**, 30:461-472, 1996.

YOUNG, V.L. et al. Detecting Cumulative Trauma Disorders in Workers Performing Repetitive Tasks. **American Journal of Industrial Medicine**, 27:419-431, 1995.