

Fundação Oswaldo Cruz
Escola Nacional de Saúde Pública
Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador e Ecologia
Humana

Jogos de poder instituindo saber sobre as
Lesões por Esforços Repetitivos: as redes
discursivas da recusa do nexó

Marilene Affonso Romualdo Verthein

Orientador: Carlos Minayo Gomez

Tese apresentada ao Centro de Estudos da
Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana,
da Escola Nacional de Saúde Pública /
Fundação Oswaldo Cruz, para a obtenção
do título de Doutor em Saúde pública.

Rio de Janeiro

2001

Agradecimentos

Esta tese é o resultado de uma multiplicidade de afetos e colaborações. Conhecer pessoas, ouvir idéias, histórias de vida e também comentários, sugestões e observações proporcionaram a tônica para o que há de melhor neste trabalho.

Ao professor Carlos Minayo Gomez agradeço a liberdade para expressar as idéias que brotavam sobre o tema. Idéias muitas vezes confusas, perdidas, contraditórias, mas que sempre foram acolhidas com carinho e incentivo. Obrigada, também, pela força nos momentos de desânimo e pelo bom humor com que me recebia para as orientações. Foram com certeza, momentos que me levaram a refletir, rever, ouvir, voltar, prosseguir e criar.

Nessa trilha, aprendo que a criação é marcada por rituais de passagens. Nesse ritual, encontro na serenidade e na sabedoria do professor Jorge Valadares uma alquimia que reluz. Obrigada pela amizade e pela riqueza dos nossos encontros.

Os bons encontros e as alianças não faltaram. Aos amigos da UFF, do Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e da ENPP agradeço o incentivo nos momentos de correria, nos desencontros e nas alegrias desse caminho, onde não faltaram os esforços repetitivos, as armadilhas e as estratégias.

Em especial, agradeço a Margarida Ferreira que enveredando para a música, não deixou de cantarolar no meu tema. A Lúcia Adriana Anhel pelo carinho. A Raimunda Mangas, pela força e pela alegria com que trabalhamos juntas, em todos esses anos.

Aos profissionais do INPP e de outros locais de atendimento aos trabalhadores, agradeço os depoimentos. Também, agradeço aos trabalhadores que com paciência e interesse se dispuseram a contar suas histórias.

Agradeço a Cecília Coimbra e a Edith Seligmann – Silva que desde o início, com cartas carinhosas de apresentação, já apostaram nesse meu caminho.

Agradeço especialmente a Auterives Junior pelo encanto da sua fala de filósofo e a Denise Farias da Fonseca por praticar o encantamento nos encontros, nos debates e no convívio.

Agradeço aos meus pais pela minha própria força e determinação, uma herança cultivada por eles com muito carinho.

Finalmente, agradeço a Raul que nestes últimos anos tornou-se mãe, dona de casa, pai, companheiro, amante e amigo, sem perder a ternura e a cumplicidade. Agradeço as minhas filhas Thatiana, Leticia e Vanessa o carinho e a paciência.

Marilene

Resumo

Nosso projeto **"Jogos de poder instituindo saber sobre as Lesões por Esforços Repetitivos: as redes discursivas da recusa do nexa"** foi apresentado ao Centro de Estudos de Ecologia Humana e Saúde do Trabalhador, da Escola Nacional de Saúde pública da Fundação Oswaldo Cruz, em março de 1997.

Partimos das análises da Norma Técnica de Avaliação da Incapacidade e de suas revisões, das entrevistas com os médicos peritos do INSS/RJ, com trabalhadores e profissionais de saúde, do levantamento de dados dos processos encaminhados ao INSS/RJ para reconhecimento do nexa entre as LER e o trabalho e de algumas publicações que polemizavam o tema. Buscamos delinear os caminhos que marcaram a ruptura do enunciado das LER como doença do trabalho ao ser introduzida a questão do fator de predisposição ao adoecimento, da doença degenerativa e da simulação nos diagnósticos das LER.

Organizamos a apresentação da discussão em 4 (quatro) artigos: 1- **A construção do "sujeito-doente" em LER**, trazendo a análise das rupturas que marcaram os caminhos de leitura neuropsiquiátricas no INSS/RJ; 2- **O território da doença relacionada ao trabalho: o corpo e a medicina nas LER**, delineando as bases históricas do entendimento da leitura dos corpos que servem à noção da doença como inutilidade; 3- **A armadilha: as bases discursivas da neuropsiquiatria nas LER**, focalizando a discussão da Austrália na década de 80 e seus desdobramentos nessa rede discursiva; 4- **As LER inscritas como "doenças de mulheres"**, discutindo as implicações das alianças entre mulheres, doença e predisposição para a descaracterização das LER como doenças do trabalho.

Concluimos esta tese mostrando a complexidade do entendimento da análise das LER. O nosso propósito foi mostrar, nas malhas dessa rede das práticas discursivas em relação ao nexa das LER, as relações de poder e as construções de saber que legitimavam algumas verdades e como estas eram assimiladas pelos peritos, pelos trabalhadores, pelos profissionais de saúde, pelos sindicatos. E ainda como esse saber/poder foi disseminado pelas normas, pelos regulamentos, pelas disciplinas que articulavam corpo, trabalho e saúde.

Summary

Our project -"**Games of power instituting to know of the *Lesões por Esforços Repetitivos*: the discursive nets of the it refuses of the nexus**" - it was presented to the Center of Studies of Human Ecology and Health of the Worker, of the National School of Public Health of the Fundação Oswaldo Cruz, in March of 1997.

We left of the analyses of Technical Norma of Evaluation of the Incapacity and of your revisions, of the interviews with the experts doctors from the National Institute of social security /RJ, with the workers and professionals of health, of the research of the data of the processes taken to the *INSS/RJ* for recognition of the connection among *LER* and the work and of some publications that polemized the theme. We looked for to delineate the ways that marked the rupture of the enunciation of the *LER* as disease of the work, with the introduction of the subject of the factor of predisposition to becoming sick, of the degenerative disease and of the simulation in the diagnoses of *LER*.

We organized the presentation of the discussion in 4 (four) articles: 1 - **The construction of the "subject-sick" in *LER***, bringing the analyzes of the ruptures that marked the ways of the neuropsychiatric readings in *INSS/RJ*; 2 - **The territory of the disease related to the work: the body and the medicine in the *LER***, delineating the historical bases of the understanding of the reading of the bodies that serve to the notion of the disease as uselessness; 3 - **The trap: the discursive bases of the neuropsychiatrization in *LER***, focalizing the discussion of Australia in the 1980's and your unfolding in that discursive net; 4 - **The inscription of the *LER* as diseases of women**, discussing the implications of the alliances among women, disease and predisposition for the de-characterization of the *LER* as diseases of the work.

We concluded this thesis showing the complexity of the understanding of the analysis of the *LER*. Our purpose was to show, in the meshes of this net of discursive practices in relation to the nexus of the *LER*, the relationships of power and the constructions of to know that legitimated some truths and how these were assimilated by the experts, the workers, the professionals of health and the unions. And, also, how this to know / power was disseminated by norms, regulations and disciplines that articulated body, work and health.

*Jogos de poder instituindo saber sobre as
Lesões por Esforços Repetitivos: as redes discursivas
da recusa do nexo*

Introdução..... 1

A construção do "sujeito-doente" em LER..... 30

As LER como doenças do trabalho

Vinculação entre saúde/trabalho e corpo/doença

O dado subjetivo nas LER

A doença como somatização

Da somatização à cronicidade da doença

A doença reforçada pela culpa

A produção de um perfil doente para o trabalho

O território da doença relacionada ao trabalho:

o corpo e a medicina nas LER..... 51

A discussão das LER, INSS/RJ: correntes contra e a favor

Estratégias para a recusa do nexo

A doença como inutilidade

Do corpo devoto ao corpo útil

A transparência do corpo-simulado

A doença como resistência do corpo aos seus constrangimentos

As armadilhas: bases discursivas da neuropsiquiatraização das LER.....	81
A reestruturação da análise australiana sobre as LER	
Redes discursivas de conceitos, mitos, valores e estratégias	
Os discursos da iatrogenia e da simulação	
Os discursos da doença crônica	
Os discursos psiquiátricos da personalidade neurótica	
Implicações do viés psiquiátrico na saúde do trabalhador	
A afirmação do nexa como uma forma de resistência	
A inscrição das LER como "doença de mulheres"	110
Histórias sobre as mulheres e seus males no âmbito da natureza feminina	
Um projeto para as mulheres: entre a saúde e a degenerescência	
A transformação e o movimento dos discursos sobre a mulher, a doença e a predisposição	
Conclusão.....	142
Bibliografia.....	153
Anexos	164

Siglas

CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho
CID - Classificação Internacional de Doenças
CTD – Cumulative Trauma Disorders (EUA)
DIESAT – Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas e dos Ambientes do Trabalho.
DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
HWO – Health World Organization
INSS/RJ – Instituto Nacional de Seguridade Social/ Rio de Janeiro
INSS/CRP – INSS/Centro de Reabilitação Profissional
LATR – Lésions Atribuibles au Travail Répétitif (Canadá)
LER – Lesões por Esforços Repetitivos
MPS – Ministério da Previdência Social
MT – Ministério do Trabalho
NTAI/INSS – Norma Técnica de Avaliação de Incapacidade do INSS
NUSAT – Núcleo de Saúde do Trabalhador
OCD – Occupational cêrvico brachial disorders (Alemanha e países escandinavos)
OMS – Organização Mundial de Saúde
OS/INSS – Ordem de Serviço do INSS.
RSI – Repetitive Strain Injury (Austrália e EUA)
WRUED – Work-Related Upper Extremity Disorders
WMSD – Work-related Musculoskeletal Disorders of the upper limbs
WRULD – Work-Related Upper Limb Disorders

Jogos de poder instituindo saber sobre as Lesões por Esforços Repetitivos: as redes discursivas da recusa do nexa

Introdução

Na atualidade, múltiplos discursos, de acordo ou desacordo, aparecem no cenário de construção de saber sobre as Lesões por Esforços Repetitivos delineando um novo território da doença relacionada ao trabalho. Alguns autores chegam a analisá-las como uma epidemia no mundo do trabalho, tal como, Cherniack (1990) quando afirmava que *"desde 1990, Cumulative Trauma Disorders (CTD) são as doenças que excedem todas as outras lesões relacionadas ao trabalho"*. Outros, descartam qualquer relação com ele afirmando uma via de etiologia psicogênica. Nesta linha, Hager (1990) indicava que *"CTD é a doença dos anos 90 e ela está relacionada à atitude do paciente e a sua personalidade"*.

É sabido que a incorporação das novas tecnologias da automação tem trazido crescimento de produtividade inimagináveis em todo o mundo, mas também um aumento rápido do número de casos de LER. Fato que tem colocado para os países a preocupação com o custo das doenças osteomusculares e também aguçado a prática de negar ou minimizar o trabalho como fator ativo neste processo de adoecimento. Uma revisão desse campo de expansão obtida pela análise das pesquisas sobre o tema no Medline mostra-nos como o cenário das LER é abrangente em sua composição. Em âmbito mais restrito, a discussão, aqui no Brasil, torna-se mais acirrada quando vários processos encaminhados ao Instituto Nacional de Seguridade Social/RJ para o reconhecimento do nexa entre as LER e o trabalho são indeferidos e justificados pelos diagnósticos de doenças crônicas ou degenerativas e pela alusão de um trabalhador predisposto ao adoecimento.

Partimos das análises da Norma Técnica de Avaliação da Incapacidade e de suas revisões, das entrevistas com os médicos peritos do INSS/RJ, com trabalhadores e profissionais de saúde, do levantamento de dados dos processos encaminhados ao INSS/RJ para reconhecimento do nexa entre as LER e o trabalho e de algumas publicações que polemizavam o tema. Buscamos delinear os caminhos que marcaram

a ruptura do enunciado das LER como doença do trabalho ao ser introduzida a questão do fator de predisposição ao adoecimento, da doença degenerativa e da simulação nos diagnósticos das LER.

O cenário das mudanças, no INSS: LER para DORT

Ao analisarmos as LER quanto a sua conceituação e formas clínicas, descritas nas Normas Técnicas de Avaliação da Incapacidade de 91, 93 e 97 do INSS/RJ, verificamos que embora haja semelhança no registro descritivo entre os documentos, há diferenças consideráveis na abordagem etiológica dessa doença.

Na Norma/91, o termo LER é definido como “*lesões que atingem todos os segmentos dos membros superiores, espádua e pescoço*” e o processo de adoecimento relacionado imediatamente à requisição musculotendinosa das atividades realizadas pelos trabalhadores. Diz o texto:

"Movimentos repetitivos e/ou forçados, em ritmo muitas vezes imposto pela velocidade da própria máquina, em postura nem sempre adequada às suas condições pessoais, em geral, por longas e contínuas jornadas de trabalho levam a desordens neuromusculotendinosas".

Padrão denominativo semelhante é verificado na Norma/93, onde lemos que as LER são:

“Afecções que podem acometer tendões, sinóvias, músculos, nervos e fáscias, ligamentos, isolada ou associadamente, com ou sem degeneração de tecidos, atingindo principalmente, porém não somente, os membros superiores, região escapular e pescoço, de origem ocupacional, decorrente, de forma combinada ou não, de: uso repetitivo de grupos musculares; uso forçado de grupos musculares; e manutenção de postura inadequada”.

Na Norma/97, a sigla DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) substitui a sigla LER, colocando em questão a noção de que um esforço repetitivo no trabalho possa produzir uma lesão corporal e, por conseguinte, recusando a noção de que ocorrências de afecção neuro-musculo-tendinosa sejam provenientes das atividades dos trabalhadores. Assim explica a mudança o médico perito do INSS/RJ:

"Foi uma coisa até de uma certa pressão ao nível de reconhecimento da doença na época lá em 1987, e ficou aquela coisa de lesão por esforços repetitivos quando na realidade... Que lesão p'ra nós implica em coisas irreversíveis e isto na verdade, com as doenças ocupacionais relacionadas ao trabalho, isso não existe lesão irreversível, o que acontece são crises eventuais que você pode através de tratamento e do real diagnóstico da relação correta ou não com a tarefa executada pela pessoa tirar esse empregado da crise e retorná-lo ao trabalho, seja para a mesma tarefa seja para outra tarefa que não atinja a função do trabalho dele." (médico perito do INSS)

Na norma de 1997, há um repúdio à sigla LER por ser considerada genérica e ao mesmo tempo iatrogênica, ao trazer embutido em seu próprio nome a idéia de lesão, que se pretende negar, e de esforço repetitivo, que se quer afastar desse processo de adoecimento. Mas mesmo a denominação DORT tem complicadores. Dela fala uma médica do INSS/RJ:

"Existe toda uma fantasia em relação às reportagens das coisas que aparecem no jornal, ainda sobre as doenças ocupacionais que eles [estrangeiros] não chamam mais como aqui de relacionadas ao trabalho, eles chamam de hipersolicitação muscular. A gente teve que fazer uma adaptação porque aqui no Brasil a gente tem uma tendência a siglas, até para facilitar, então esta partida de LER para DORT. Hoje em dia se fala mais em hipersolicitação lá fora." (médica do INSS)

No documento de 97, a denominação Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho abre espaço para a análise desse processo de adoecimento como um distúrbio de patologia inespecífica e caracterizado por sintoma de dor crônica. DORT seria:

“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”

Assim, podemos observar, pelo exposto acima, que a mudança de denominação de LER para DORT marca a diferença conceitual entre lesão e distúrbio. A lesão, que na medicina significa uma alteração orgânica, estaria diretamente relacionada a uma causa mórbida e de enfermidade, não deixando margem de retorno ao estado orgânico inicial, devido a seqüelas. No caso das LER, como o próprio nome indica, a lesão seria determinada pelo esforço repetitivo. Este é um ponto chave da polêmica: a relação de determinação entre esforço repetitivo e lesão, que só aparece na Norma/91 e na Norma/93. Relação que, a princípio, se desfaz na Norma/97, ao introduzir o deslocamento conceitual de lesão para distúrbio.

O distúrbio é uma perturbação ocorrida em uma situação de equilíbrio, como se partindo da noção de equilíbrio, estatisticamente definido, houvesse um desvio que depois de algum tempo voltasse ao estágio anterior. Assim, o distúrbio apresenta para a compreensão clínica a característica de ser temporário, ao contrário da lesão, que é permanente. Esta diferença que apaga e refaz o conceito, tanto de LER quanto de DORT, traz mudanças radicais nos enunciados, para um e outro conceito, no que se refere ao campo de construção das formações discursivas sobre o nexos das LER.

Diz um médico perito:

"A LER está saindo desta linha de doença relacionada ao trabalho. Por exemplo, algumas profissões, hoje, com certeza aumentam o nível de estresse e o nível de tensão e nós poderíamos caracterizar

que dependendo do trabalho, ele (o trabalhador) poderia ter essa hipertensão relacionada ao trabalho. Então o conceito da doença relacionada ao trabalho é mais abrangente do que o cargo, porque não necessariamente, só uma doença que você venha a ter esforços repetitivos ou outros significativos é que estaria relacionada à coisa". (médico perito do INSS)

Os novos enunciados sobre os DORT promovem novos rumos diagnósticos e, como veremos posteriormente, novos questionamentos. Diz o médico perito:

"Na LER a gente levava em consideração àquelas tendinites, tenossinovites, doenças de Quervain etc...e o DORT já fala em cervicobraquialgia e em outras lesões do resto do sistema osteomuscular". (médico perito do INSS)

O texto da Norma/91 especifica os quadros clínicos associando-os às atividades do trabalho: *"é bem reconhecido que repetidos movimentos dos dedos, mãos e braços levam a distúrbios como tendinites, tenossinovites, síndrome do túnel do carpo, miosites e bursites"* principalmente em condições de baixa temperatura, alta vibração, ferramentas inadequadas e pressão psicológica. E, tal como o Comitê para o estudo da Síndrome Cervicobraquial, do Japão, em 1975, a *Occupational cervico brachial disorder (OCD)* inclui, em casos específicos, a Cervicobraquialgia, como doença do trabalho quando:

"A contração prolongada dos músculos do pescoço e espádua produz miosite de tensão. A contração muscular cria pressão intramuscular (...) levando a processo de isquemia, que, se perdurar, como no caso de posturas defeituosas ocupacional, gera processo inflamatório com reação fibrótica intramuscular e tecido adjacente". (p.12)

Essa mesma Norma considera também a degenerescência funcional do nervo como efeito de ato repetitivo e esforço muscular - miosites e polimiosites - quando definidas como:

“Processos inflamatórios do próprio músculo que, pelo esforço e fadiga, podem sofrer ruptura de suas fibras elásticas, edema, degeneração e fibrose. Tal quadro apresentado clinicamente pela dor, fraqueza e desconforto muscular, é, muitas vezes, sintomático, complexo e de difícil identificação”. (p.13)

Podemos, também, verificar que, quanto à etiologia, esta diferenciação médica entre lesão e distúrbio apresenta mudanças no quadro diagnóstico, tanto que na Norma/97, embora mantidas as descrições dos quadros clínicos já referidos na Norma/91, o entendimento é de apreendê-los como um conjunto de sintomas e não necessariamente uma doença.

Assim, na Norma/97, a compressão dos nervos originando as parestesias é indicadora de: *síndrome do desfiladeiro torácico* (compressão ulnar); *síndrome do supinador* (compressão do nervo radial do cotovelo); *síndrome do pronador redondo* (compressão do nervo mediano abaixo do cotovelo); *síndrome do interósseo anterior* (compressão dos músculos flexores dos dedos); *síndrome do túnel do carpo* (compressão do nervo mediano no punho), *lesão do nervo mediano na base da mão*; *síndrome do canal de Guyon* (compressão do nervo ulnar no punho).

As doenças inflamatórias que comprometem as bainhas tendíneas e os tendões são descritas como formas clínicas inespecíficas e, muitas vezes, sem registro em parelhos de alta resolução. Casos mais específicos são definidos: a *tenossinovite de Quervain* (bainha dos tendões do polegar); *dedo em gatilho* (inflamação dos tendões flexores dos dedos); *epicondilite lateral* (inflamação nos músculos de extensão e supinação do antebraço); *epicondilite medial* (inflamação dos músculos flexores do carpo na borda média do cotovelo).

Outros acometimentos são citados como possíveis casos de DORT, embora com necessário diagnóstico diferencial, porque podem não ser de origem ocupacional, mas reumática, dentre eles, *cistos sinoviais* (tumefações na face extensora do carpo); *síndrome miofascial e fibromialgia* que apresenta grande

polêmica entre os médicos, tendo outras denominações: *fibromialgia*, *fibroisite*, *reumatismo psicogênico*, *síndrome da fadiga crônica*. (Vide em anexo, glossário e fotos)

Essa amplitude conceitual das LER para DORT será apropriada por práticas médicas, conforme se observa no estudo realizado no INSS/RJ, para introduzir, nas análises da incapacidade dos processos encaminhados para avaliação do nexos das LER, vieses psiquiátricos e de doenças crônico-degenerativas, reduzindo e ou descaracterizando o campo da doença relacionada ao trabalho. Na prática, a avaliação pericial, negando sistematicamente o nexos das LER com o trabalho, irá deslocar para o sujeito a gênese do adoecimento, seja por susceptibilidade, personalidade, constituição ou predisposição.

Esse discurso reducionista nas considerações das LER, não é apresentado de forma hegemônica. Mas não deve ser negligenciado, pois se torna forte o bastante quando passa a ser articulado por um órgão como o INSS que analisa e decide sobre o deferimento dos benefícios acidentários. Na atualidade, muita polêmica tem sido suscitada por essa via de análise, principalmente, por privilegiar uma racionalidade economicista no âmbito da Saúde do Trabalhador.

Um cenário abrangente de mudanças em relação às LER

A partir das pesquisas publicadas no Medline podemos traçar um amplo cenário de expansão das LER em alguns países, embora com restrições, já que das 451 pesquisas, com registros entre 1982 e 1997, 222 eram dos EUA. De qualquer forma, podemos considerar que o material nos auxiliou a entender alguns movimentos nos estudos sobre as LER e nos mostrou algumas pistas quanto à busca bibliográfica que passou a subsidiar a nossa própria pesquisa.

A análise desse material nos proporcionou delimitar a expansão do estudo das LER em abordagens diversificadas, que concentramos em dois grandes grupos, a saber, a trilha ergonômica, epidemiológica e psicossociológica e a trilha reumatológica e neuropsiquiátrica, as quais apresentaremos em seguida. Permitiu-nos, também, marcar as pistas para a grande discussão da Austrália na década de 80 e da sua influência nos estudos posteriores sobre o tema em diversos países, inclusive no Brasil, quando passaram a privilegiar nas análises diagnósticas os efeitos de custo

e as características de personalidade dos pacientes, mudando o eixo dos encaminhamentos dos casos de LER, a partir dos anos 90, assunto que desenvolvemos nos artigos II e III desta tese.

Podemos imaginar que vários segmentos contribuíram com uma interlocução permanente e com diferentes perspectivas para a construção dessa formação histórica sobre as LER. Embora não tenhamos a pretensão de apresentar uma totalidade desses encaminhamentos sobre o tema, podemos indicar algumas trilhas que se destacam, outras que trazem rupturas e outras que permanecem.

1- A trilha ergonômica, epidemiológica e psicossociológica

A denominação inglesa que subsidia a sigla DORT, a saber, *Work-related upper extremity musculoskeletal disorders* (WRUED) ou *work-related musculoskeletal disorders of the upper limbs* (WMSD) marca a abordagem ergonômica e epidemiológica dos fatores de risco, resultando no interesse pela etiologia da dor, pela relação entre o trabalho repetitivo e a doença profissional. Nesta linha de pesquisa, situava-se, na Inglaterra, Fine (1986); Bjelle (1987); Hagberg (1987); Michaeson (1987); Brahams (1992); Chatterjee (1992); Hansson (1992;1994); Stromberd, Larsson e Ohlsson (1992;1994); Mopritz (1992;1994); Hess (1997) e na Alemanha, os estudos de Veiersted (1990); Westgaard (1990;1993); Jensen (1990;1993); Hansen (1990;1993).

Vários países utilizaram os estudos ergonômicos na análise das doenças osteomusculares e, segundo Colombini (Itália, 1996), o fizeram a partir de três categorias: 1) Estrutural: *layout* da área de trabalho e equipamento, uso de força e postura; 2) Organizacional: distribuição de tarefas, velocidade e pausa; 3) Educacional: programas de treinamento para trabalhadores e supervisores. Estas pesquisas apresentavam como fatores etiogênicos e patogênicos as tarefas repetitivas, o uso excessivo de força, as posturas inadequadas e a organização ininterrupta e excessiva de trabalho.

Nesta linha estão as pesquisas de Kelly (1995), na Irlanda, que, utilizando a epidemiologia, estudou fatores biopsicossociais para esclarecer sobre controle e prevenção dos riscos nas doenças osteomusculares denominadas "*Cumulative Trauma Disorders*" (CTD). Na Itália, as pesquisas de Colombini (1988; 1993;

1996); Occhipinti (1988;1996); Meroni (1996); Menoni (1996); Delbianco (1993); Olivetti (1993); Campana (1993), ao estudarem a influência da repetitividade das tarefas no desencadeamento da doença conhecida como Síndrome do túnel do Carpo. E a pesquisa de Schenck (1989), nos EUA, também sobre Síndrome do Túnel do Carpo que considera sua prevenção a partir do redimensionamento da organização do trabalho e do redesenho de ferramentas.

Todas estas pesquisas relacionam os sintomas das LER com as tarefas de trabalho. Destes podemos registrar entorpecimento e formigamento nos dedos, devido à flexão e extensão do pulso em tarefas repetitivas, dor acarretada pelo desvio ulnar ao forçar o instrumental, câibras, ao receber força de impacto na palma da mão ou ao exercer força em atividades que demandam vibração.

Na Suíça, o trabalho de Ong (1994) analisa as LER delimitando o papel etiológico de fatores ambientais e psicológicos. Zufferey, Depairon e Essinger (1992) relatam a severidade de microtraumas que levaram a oclusão de artérias digitais, devido à hipersolicitação muscular dos membros superiores. Na Noruega, também se registraram fatores de risco ambientais, psicossociais e individuais que levavam à dor muscular. Entre os pesquisadores podemos citar Westgaard (1994); Jensen (1994); Berg (1994); Waersted (1994); Veiersted (1994); Husby (1990). Suas análises enfatizavam categorias de força e repetitividade, vinculando-as ao processo de adoecimento.

As pesquisas do Japão, em 1989, de Tsujita, Kido, Fukuda, Onoyama, Corlett, Shipley e a de Itani, em 1990, assim como as da Rússia, em 1990, com Iakovleva; Leskina; Matiukhin; Iampolskaia; Belitskaia e nos EUA, entre 82 e 96, de Armstrong (1982,1984,1986,1992); Silverstein (1988, 1991, 1995, 1997); Hadler (1992,1993); Hansen (1993); Stetson; Groves (1993); Rempel (1992); Harrison (1992) e Hess (1997) indicam que, entre os fatores de risco mais conhecidos, estão repetitividade, força, postura inadequada, fadiga, exposição à vibração e baixa temperatura. Desta forma, o *stress* no trabalho, a história ocupacional, o exame físico e os diagnósticos específicos podem distinguir a lesão osteomuscular.

A ênfase do estudo dos fatores de risco torna-se legitimada quando a OSHA – *Occupational Safety and Health Administration* propõe, segundo Hansen (1993), um modelo de segurança e saúde ergonômica, ratificando todas essas pesquisas, com revisão do espaço de trabalho e da epidemiologia para os "distúrbios *associados com*

traumas repetitivos”. Seguem a mesma linha de pesquisa os trabalhos de Johnson e Mahone (1993); Mahone (1993); Melhorn (1994); Maizlish (1995); Meservy (1997). O mesmo acontecia com estudos que anteciparam a proposta ergonômica de análise das LER, tais como os de Raciere (1989); Joseph (1989); Joyce (1991); Mirer (1992).

Segundo relatório da OSHA, de 2000, vários países, entre eles, França, Alemanha, Itália, Suécia, Portugal, Espanha, Holanda e Inglaterra uniram-se numa campanha para prevenir as doenças osteomusculares através de transferência de informações técnica, científica e econômica, uma vez que, o problema tem sofrido um agravamento afetando milhões de trabalhadores europeus. A abordagem do problema envolve avaliação dos riscos, vigilância médica, informação aos trabalhadores, sistemas de trabalho ergonômico e prevenção de fadiga.

É importante observarmos que a maioria das pesquisas publicadas no Brasil também focaliza esta trilha. No XII Congresso Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho, Campana et al (1973) apresenta casos de Tenossinovite em lavadeiras, engomadeiras sugerindo intervenções ergonômicas. No V Congresso Nacional de Profissionais de Processamento de Dados realizado em Belo Horizonte, em 1984, Cardoso, Tavares e Castro (1984) abordam a Tenossinovite como uma doença profissional dos digitadores utilizando metodologia de cunho epidemiológico e ergonômico na investigação dos dados. Este encontro amplia a discussão e a publicação sobre o tema, como pode ser constatado em Maciel (1985) ao considerar os riscos apresentados pelo trabalho de digitação; em Machado, Brito e Porto (1989) ao pesquisarem as lesões por esforços repetitivos e as doenças da coluna visando a construção de uma metodologia de investigação e prevenção de doenças osteoarticulares.

Na mesma trilha, aprofundando os estudos sobre a dimensão psicossocial nas LER estão os trabalhos de Sato (1993) e de Borges (1999); ressaltando a análise da história do reconhecimento dessa doença, o de Assunção e Rocha (1994) e a análise das LER como uma forma de violência do trabalho, o de Ribeiro (1997).

2- A trilha reumatológica e neuropsiquiátrica

Consideramos que foram as pesquisas da Austrália, realizadas no período de 86 a 92, que abriram o campo de possibilidade das mudanças ocorridas neste processo diagnóstico, mais tarde influenciando as pesquisas do Canadá, dos EUA, da Inglaterra, da Alemanha e do Brasil, no que tange ao posicionamento do INSS. Novo percurso de análise das LER toma corpo com a introdução dos referenciais da degenerescência, da cronicidade e da neuropsiquiatria.

No rol das pesquisas publicadas no Medline, podemos ter uma idéia da expansão dessa trilha. As pesquisas de autores ingleses, por exemplo, passam a abordar, quando realizadas no Centro de Reumatologia Australiano, questões sobre histeria e neurose reumática. Spence, Sharpe, Newton-John, Champion (1995) estudaram trabalhadores com dor crônica e cervicobraquialgia questionando o nexo das mesmas com o trabalho.

A discussão da possibilidade de uma doença reumática ou psíquica ser fixada como uma doença do trabalho passa a ser uma constante nos estudos de alguns países. Pode-se observar este novo direcionamento quando autores como Awerbuch (1994); Champion e Cohen (1995), desenvolvendo pesquisa na Austrália, analisaram diagnósticos de fibromialgia e outras doenças ditas crônicas e inespecíficas colocando em discussão os quadros diagnosticados anteriormente como tenossinovite e síndrome do túnel do carpo.

D'Auria (1993) aponta, em seu texto sobre medicina ocupacional denominado “Caos, controvérsia e consistência”, que não só os diagnósticos das LER como doença do trabalho são colocados em questão, mas toda a sintomatologia dos pacientes, nessa abordagem, passa a ser considerada inconsistente.

Alguns textos publicados na Alemanha também estudam os sintomas das LER e sua reincidência como casos de neuropatia. Por exemplo, o de Stefan (1994) e o de Assad, Iossifidis e Sutaria (1995), ambos colocando em questão a veracidade da Síndrome do Túnel do Carpo como doença do trabalho.

A preocupação com os custos das indenizações, pagas aos trabalhadores lesionados, torna-se mais aguçada. No Canadá, Houpt (1987) e Miller (1988) passam a analisar a experiência australiana quando se deparam com o crescimento estatístico das LER naquele país e com os custos decorrentes. Ao mesmo tempo, a pesquisa de Richmond (1992), além da preocupação com os custos, coloca em destaque o enfoque reumatológico a respeito da etiologia.

Na Suécia, em 1995, diversos autores, em texto em conjunto, ressaltam os aspectos crônicos e degenerativos das lesões osteomusculares. Entre eles, Malmivaara; Viikari-Juntura; Huuskonen; Aho; Kivi; Koskimies; Kuosma; Kurppa.

Nos EUA as pesquisas de Smith e Wolf (1997) também mantiveram essa referência diagnóstica, analisando os casos de LER como mialgias, dores crônicas e tendinites degenerativas. Alguns autores, tais como Zimmerman e Clark (1992), continuavam a afirmar que os traumas acumulativos foram responsáveis pelo desenvolvimento de neuropatias ocupacionais. Mas outros, tais como Schottland, Kirschberg, Fillingim, Davis e Hogg (1991), mais radicais, por estarem "*levando em conta a recente falsa epidemia australiana de RSI*", consideraram que, embora o estresse e os movimentos repetitivos no local de trabalho gerem traumas cumulativos e possam ser fatores de Síndrome do Túnel do Carpo, essa associação era, no entanto, pouco evidente nas indústrias americanas.

Com a apresentação esquemática dessas duas trilhas, estamos querendo ressaltar que uma ruptura na análise das LER foi possível quando ocorreu, nas análises, a separação entre este processo de adoecimento e o trabalho. O questionamento deixa de ser o nexo da doença com o trabalho e passa a configurar a composição do doente no âmbito do falso e do verdadeiro. Podemos observar que esse movimento cria um deslocamento no eixo de referência na rede discursiva à medida que permite fixar-se na construção de um sujeito mórbido.

As referências em relação às LER, como vimos, não são homogêneas, as influências são as mais diversificadas e, como elas, os encaminhamentos. As pesquisas dos escoceses, por exemplo, foram realizadas apresentando diferentes abordagens de análise: da Austrália, a discussão dos aspectos físicos e psicológicos, enfatizando os segundos, por Ireland (1988, 1995); da Suécia, uma discussão já da década de 90 com respeito à veracidade da doença profissional, desenvolvida por Bystrom e Hall (1995); dos EUA, a análise fisiológica via condução neural estudada por Ellison e Wood (1994) e do Japão, as relações entre a sobrecarga de trabalho e as lesões aparecem nas pesquisas empreendidas, em 1991, por Takami; Takahashi; Ando; Suzuki.

As pesquisas da Nova Zelândia sobre LER, registradas no período de 1988 a 1994, também são diversificadas em suas abordagens. Baseiam-se no estudo anátomo-fisiológico e psicofisiológico e mesmo as alterações, tais como, a

osteoartrite são analisadas, por Hess, Capiello, Poole e Hunter, em 1989, como decorrentes de traumas cumulativos decorrentes do trabalho.

Esta diversidade traz um dado positivo, ao proporcionar a busca de uma interdisciplinaridade, enriquecendo assim estas abordagens com novos rumos. Na República Tcheca, em 1989, o trabalho de Kovarik; Salandova; Kuzelova; e Ehler, em conjunto, e o de Lukas, individual, enfatizaram a cooperação entre neurologistas, ortopedistas, fisiologistas e especialistas em higiene do trabalho. Nelas, os aspectos neurológicos foram analisados em relação ao trabalho, considerando sexo e idade

É a partir desse múltiplo cenário que questionamos essa separação entre trabalho e processo de adoecimento nas LER. Especificamente, problematizamos a recusa do nexa como um dispositivo político de exclusão e, neste caso, estamos lidando não apenas com as evidências do nexa da doença com o trabalho: o corpo lesado, a violência do trabalho no corpo do trabalhador, mas também, com as ramificações dos seus vínculos na história da saúde do trabalhador. Estaremos privilegiando não o espaço de busca da sua afirmação/ negação, mas práticas quotidianas que põem em movimento sua construção/ desconstrução. Nesse âmbito, analisaremos o espaço da subjetividade e o espaço político e social que atravessam as LER.

O espaço da subjetividade

O espaço de subjetividade delineado pelo discurso médico que analisamos a partir das entrevistas, no INSS/RJ, apresenta o sujeito constituído por uma natureza que traz em si a possibilidade do adoecimento por distúrbios psíquicos. A dor e o sofrimento expressos pelos portadores das LER são sinais codificados como sintomas orgânicos de fundo emocional. Nesse caminho de análise, o trabalho pode agir como elemento disparador da doença, mas o que está em jogo é o entendimento de uma natureza *subjetiva que predispõe ao adoecimento*.

Nesse âmbito, um médico perito do INSS/RJ, define os casos de LER, como:

"muita coisa subjetiva: dor e impotência funcional, sem espessamento de tendão, sem edema, sem atrofia, sem dificuldade de potência muscular, sem sequela". (médico perito do INSS/RJ)

Quando as LER são diagnosticadas em pacientes não digitadores, os médicos da perícia resumem:

"tem relação com a própria pessoa é pessoal. Sem relação com o trabalho" [e justificam] "não trabalha com computador, não trabalha com postura viciosa e tem alteração orgânica" . (médico perito do INSS)

Um médico nos afirma *"Isso é um problema de consideração"*, quando quer argumentar que a repetitividade é inerente à vida, e outro que *"é um problema de ergonomia"*, quando quer afirmar o esforço, mas também o seu descarte pela arrumação do layout. E ainda que é *"um problema psicossocial e econômico, um desequilíbrio emocional e instabilidade"*, quando infere que o esforço da repetição, note-se que aqui os dois termos estão novamente ligados, é uma atitude pessoal.

Passamos por um turbilhão de *considerações* e poderíamos até entendê-las como *considerações* de filtragem. Inicialmente, a banalização da repetitividade, depois, o aspecto contingencial do esforço, que embora relacionados com o trabalho são creditados a uma neutralidade técnica e descartados como elementos pertinentes ao processo de adoecimento das LER, e, finalmente, os filtros da assepsia e da culpabilização, reafirmados pelos limites do território moral do comportamento, dos gestos, da sensibilidade e das paixões. Nesta lógica, estranhamente, se o trabalhador é afetado pelo que realiza e se exercita com paixão, sua possibilidade de adoecer aumenta. No entanto, o seu adoecimento é concebido como efeito de pura paixão.

A apresentação do lesionado é sempre envolta em dor e sofrimento, mas o que se leva em *consideração* é a visibilidade da doença e, assim, o edema, o espessamento, a atrofia, a dificuldade de movimentos musculares, as seqüelas, seriam sintomas e sinais que deveriam ser concretamente observados em exames clínicos e complementares. Seriam materiais de leitura da veracidade da doença. Em contra partida *"o que não pode ser medido"* é invisível, não compreendido, principalmente, porque, para os médicos há uma incoerência entre a fala (sentir) do trabalhador e o que é visível para o médico.

Este tipo de análise além de menosprezar a questão orgânica das LER, descarta, de forma radical, que as doenças osteomusculares possam ser concebidas como doenças do trabalho. Como observamos, na própria fala do perito, ao considerar as LER como "*muita coisa subjetiva*" há um direcionamento explícito: "*as LER estão saindo desta linha de doença relacionada ao trabalho*".

O espaço da subjetividade, assim construído, acaba se tornando em mais um elemento de descaracterização do território das LER como doença do trabalho.

Diz o médico perito:

"Nós colocamos uma interrogação dizendo que a pessoa não tem uma doença profissional, ela tem sim, uma doença orgânica relacionada com características pessoais e particulares, relacionada com aquela própria pessoa". (médico perito do INSS/RJ)

Este deslocamento, de uma doença do trabalho para um problema pessoal e subjetivo, adere-se ao enfoque da produção da culpa, já bastante visto e revisto pela saúde do trabalhador, mas que ainda são vias fortes de investimento, quando a proposta é a de culpabilização pessoal das adversidades das condições de trabalho e de um efeito técnico e psicológico de impacto. Frequentemente, os operários passam a tomar como verdade - a solução imposta para o problema do processo de adoecimento no trabalho - que se não redobram a vigilância, a atenção e não aguçarem os sentidos no exercício das suas tarefas, *fatalmente* poderão adoecer e, com *certeza*, por serem *emocionalmente frágeis* ou por estarem *desadaptados*. Estes são discursos de verdade articulados por um entendimento de subjetividade centrada no indivíduo, que vai apresentar o sintoma como produção internalizada.

Na nossa perspectiva de análise, nos aliamos a Foucault (1994) quando aponta que em diferentes contextos institucionais existem processos e técnicas que são utilizados para agir sobre os indivíduos tomados individualmente ou em grupo, objetivando transformar os seres humanos em sujeitos racionais e morais. Registra, o autor que, a partir do século XIX, o sujeito tornou-se objeto de conhecimento pela prática da medicina, da psiquiatria, da pedagogia e da penalidade, mas, também, objeto de conhecimento por si mesmo, quando foi levado a se analisar, a se decifrar,

a se reconhecer em um domínio de saber possível. Trata-se da subjetividade que se entende como a maneira onde o sujeito faz a experiência dele mesmo no jogo de verdade.

Neste caso a compreensão da subjetividade é apresentada como construção exteriorizada. Vamos estudar a doença, não como um conceito nosológico instituído pelos médicos, mas como uma gama de relações intersubjetivas que podem ser estabelecidas entre médicos e trabalhadores pacientes ou não. A doença, nesta perspectiva, é inseparável das relações que os sujeitos mantêm com o corpo, dos sistemas materiais - acesso à saúde, condições de qualidade de vida - dos sistemas sociais envolvidos e articulados na relação de instituir e destituir sentidos, interesses, afetos.

Podemos considerar, aproximando-nos deste enfoque foucaultiano, que, na nossa pesquisa sobre as redes discursivas da recusa do nexo, os aspectos psicológicos ou psicopatológicos da personalidade do trabalhador que adoecia tornavam-se fundamentais para expressarem a subjetividade do trabalhador à medida que eram articulados com elementos de culpabilização, de punição e de conscientização e delineavam o domínio de saber possível do território da doença do trabalho.

Nesta linha nos aliamos, também, a Guattari (1986), ao afirmar que não há sujeitos sem o campo virtual de articulações que o *produzem*. Para o autor há uma produção econômica e uma produção de subjetividade concomitante. O aprendizado do ser trabalhador é *maquinado* na fábrica, mas também na rua, na casa, na cidade, e na mídia. Por isso a subjetividade é *maquinica*, é *fabricada*.

A subjetividade sendo uma produção essencialmente social oscila entre dois extremos; uma relação de alienação e opressão na qual o indivíduo se submete à subjetividade tal como a recebe; e uma relação de expressão e criação, na qual o indivíduo se apropria dos componentes da subjetividade produzindo singularizações. Guattari recusa a idéia de que uma sociedade seja o somatório de subjetividades individuadas, colocando-a no cruzamento de determinações coletivas de várias espécies, não só sociais, mais econômicas, tecnológicas de mídia.

A noção de responsabilidade individuada é segundo o autor uma noção tardia, assim como as noções de culpabilidade interiorizadas. A ordem social instala sistemas de hierarquia, sistemas de escala de valor e disciplinarização, abrindo o campo de valorização social onde diferentes indivíduos e camadas sociais terão que

se situar. Aceita-se esta idéia de ordem como a ordem comprometida com a vida social organizada e, assim, impõem-se naturalizações cotidianamente.

"Se você é mulher , de tal idade e de tal classe, é preciso que você se conforme a tais limites. Se você não estiver dentro desses tais limites, ou você é delinqüente ou você é louca" . (Guattari, 1986: 43)

Nossa questão neste entendimento de produção de subjetividade seria: que práticas são alicerçadas para que o sujeito possa se reconhecer a si mesmo como sujeito ético e de que culpa, responsabilidade e identidade nos falam os jogos de poder instituindo saber sobre as LER?

O espaço político e social

Considerando a questão da saúde como uma questão política por envolver variáveis que são negociadas por segmentos sociais de interesses diferentes, apontamos que a questão do nexo entre o trabalho e a doença tem sido tratada como uma articulação paradoxal entre capitalização e doença levando, sistematicamente, a Previdência Social, ao longo da sua história, a criar estratégias de ação para negar as doenças do trabalho.

Dessa história de dificuldades e resistências que enfrentam os trabalhadores e os sindicatos para obterem o reconhecimento do nexo com acidentes ou doenças, diz Ribeiro (1997):

"A previdência social brasileira tem o hábito de subestimar as ocorrências mórbidas provocadas pelo trabalho, em parte por razões econômico-financeiras, em parte, políticas". (Ribeiro, 1997:19)

E é, mantendo esse padrão estratégico, também, por razões políticas que o perito analisa a atividade do sindicato e dos trabalhadores quando lutam pelo reconhecimento das LER, como doença do trabalho, argumentando sobre a inconsistência da luta:

"(...) esse negócio de LER começou mais ou menos em 89 por problemas políticos, nem foi por problemas de doença. Em 89, aqui no Rio de Janeiro (...) mais ou menos nessa época começou a ser usado o computador para tudo. (...) tinha o digitador... que era a pessoa que botava a programação e carregava o computador de informações. E essa pessoa ficava muito tempo sentada para digitar os troços. O número de digitadores começou a aumentar assustadoramente (...) e começou a se fazer pressão política para se criar o sindicato dos digitadores e esse sindicato começou a ter de alguma forma, politicamente alguma força lá em Brasília e uma das maneiras de divulgar esse sindicato foi através de benesses, favorecendo os digitadores. Foi quando houve a pressão, na época no INAMPS e no INPS para começar a se colocar pessoas encostadas, aposentadas pelo INSS, para de uma forma indireta favorecer o sindicato dos digitadores(...). Então no início a pressão foi política e tínhamos um grupo de trabalho em relação a isso, porque a gente sempre brigou, começou a ver que não existia a doença propriamente dita, que a doença era social e política e não doença adquirida como forma de trabalho". (médico perito do INSS/RJ)

Portarias e Normas Técnicas sobre as LER resultaram desses acontecimentos. Em 1987, foi emitida a Portaria Ministerial da Previdência Social nº 4062, regulamentando a Tenossinovite como doença do trabalho e, em 1990, a Portaria nº 3751 reeditando a Norma Regulamentar nº 17 sobre os aspectos ergonômicos da digitação. Em 1991, com revisão em 1993 e em 1997, surge uma Norma Técnica para Avaliação da Incapacidade das LER. As revisões foram acompanhadas e discutidas por diferentes segmentos sociais: sindicatos, trabalhadores, profissionais de saúde.

Referindo-se aos embates pelo reconhecimento das LER como doença do trabalho, um médico perito deixa claro o investimento do INSS/RJ para provar que não existiam as *doenças por esforço repetitivo*.

"E começou a se brigar em relação a isso e foi feito, não existia norma técnica nenhuma na época, foi feita através do Rio de Janeiro (...) também, uma conscientização e uma normatização para se trabalhar em relação a isso. A gente era obrigado a fazer uma avaliação da pessoa e afastar todas as doenças para chegar a conclusão de que não existia uma doença por esforço repetitivo".
(médico perito do INSS/RJ)

Esse investimento encontra afinidade com a situação de indefinição política-econômica que atravessa o país: maior oferta de mão de obra do que de emprego; salários achatados pelas sucessivas crises econômicas; interesses na monetarização da saúde, sucateamento da rede de saúde pública; negação sistemática da doença do trabalho:

"E comecei a saber que não existia tanta doença por esforço repetitivo que sempre, bem ou mal, o segurado numa conversa ou num papo falava - 'não é que eu estou com medo de perder o emprego, estou com problema em casa, eu estou querendo me encostar por causa disso' - tinha por trás a política e a situação financeira, não era só a doença propriamente dita". (médico perito do INSS/RJ.)

O desenvolvimento da pesquisa

Nosso projeto "Jogos de poder instituindo saber sobre as Lesões por Esforços Repetitivos: as redes discursivas da recusa do nexo" foi apresentado ao Centro de Estudos de Ecologia Humana e Saúde do Trabalhador da Escola Nacional de Saúde pública da Fundação Oswaldo Cruz em março de 1997. Focalizando o nexo da doença com o trabalho, nós nos propúnhamos à problematizar os encaminhamentos das LER, no INSS/RJ, recortando o fluxo de relações que compõe a sua história na Perícia Médica do Posto da Praça da Bandeira.

Esse fluxo de relações, nós o compreendemos como sendo tecido por práticas e discursos heterogêneos: os regulamentos, as normas, as visões de mundo, os tipos ideais, o sentido da dor, a visibilidade/invisibilidade do corpo que trabalha e que deixa de trabalhar; o sentido do útil e do inútil no contexto social e médico; o sentido do normal e do patológico; o discurso da lei sobre doença relacionada ao trabalho; da relação médico-paciente; o discurso sobre as lutas, as armadilhas e as fugas; o convívio das alianças e das exclusões.

Trata-se de um campo complexo que envolve relações entre trabalho, saúde e subjetividade. Nestas referências partimos de algumas inquietações para a investigação:

- 1- Que relações de poder permitem formar saberes sobre o "*sujeito-trabalhador*" que o apresentam como predisposto ao adoecimento?
- 2- Que relações de poder permitem formar saberes sobre o *trabalho* que o apresentam como independente dos processos de adoecimento dos trabalhadores?
- 3- Que relações de poder permitem formar saberes sobre a *saúde* apresentando os corpos em polaridades binárias: útil/inútil, capaz/incapaz?

Para proceder à investigação, tomamos o nexo do trabalho com a doença como um dispositivo-rede, isto é, como pontos arbitrários de onde as práticas e os discursos circulam e produzem formas de saber, de poder, de afetar e de ser afetado.

Os discursos dos médicos e dos trabalhadores, nesta rede discursiva mais ampla, são efeitos de formações e desconstruções de sentidos que resultam das alianças e das exclusões. As redes são produtos das histórias de vida que se articulam e criam outras histórias, onde o corpo do trabalhador não é só um corpo orgânico, visível para o médico, mas uma conjugação das condições de trabalho, da história dos indivíduos, das condições de saúde, das histórias sobre a saúde e o trabalho, sobre a saúde e o trabalhador. O corpo do médico, também um dispositivo, expressa multiplicidades, ao circular e produzir formas de saber e poder entre os enunciados sobre a medicina, a doença do trabalho, a saúde do trabalhador, os custos e a previdência.

As práticas serão problematizadas em função de uma "*economia política da verdade*" (Foucault, 1986:13) que relaciona discurso, verdade, poder e estratégias nos auxiliando a colocar a problematização do nexo, como pertinente.

“Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua política geral de verdade: isto é, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros ou falsos; a maneira como sanciona uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro”
(Foucault, 1986:12)

Deste estudo do nexo, engendrado como economia política de verdade, estabelecemos algumas delimitações para a pesquisa:

- ⇒ *Estudar as redes das práticas discursivas das LER.* Conhecer as redes de questões que podem ser colocadas em relação ao nexo no INSS/RJ: quais são seus limites? Como são definidas? A que tipos de normas podem obedecer? O que está sendo qualificado pelo discurso e o que está sendo excluído ou desqualificado?
- ⇒ *Estudar as ligações entre os enunciados e as suas exclusões.* Que formações históricas permitiram o aparecimento do enunciado da doença como inutilidade, do sujeito-doente como incapaz, da saúde como capaz para o trabalho, do trabalhador como predisposto ao adoecimento?

Para desenvolver a pesquisa, entramos em contato com o Instituto Nacional de Seguridade Social do Rio de Janeiro, Divisão da Perícia Médica do Posto da Praça da Bandeira. Neste local são avaliados os encaminhamentos de requisição de nexo das doenças do trabalho através de um processo que é protocolado pelo representante do convênio entre a empresa e o INSS.

Esse convênio, formado por 500 empresas diferentes, tem o objetivo de agilizar o procedimento, à medida que um representante da empresa leva todos os casos de doença ou acidente ocorridos em determinado período para serem avaliados pelo perito e enquadrados em benefícios. O representante faz o protocolo, marcando a perícia dos empregados, avisa aos interessados e acompanha o processo até a sua finalização.

Nosso objetivo era obter dados sobre o encaminhamento das LER no INSS/RJ, realizar entrevistas com os médicos peritos e ter acesso à documentação do setor relacionada ao tema. As entrevistas foram realizadas com os médicos peritos que pertenciam ao quadro da perícia médica. Eram 14 ao todo, destes, 10 aceitaram participar da pesquisa e 4 negaram. Uns alegaram falta de tempo, outros que só trabalhavam com papéis e, ainda outros, que a doença do trabalho, sendo um assunto sigiloso, deveria ser tratado apenas com a chefia.

As entrevistas versavam sobre as atividades dos peritos e, sem um roteiro rígido, fomos nos aproximando do discurso sobre o nexos das LER. Entrevistávamos os médicos na própria sala de atendimento do INSS. Como aguardávamos na sala de espera, fomos obtendo informações sobre o procedimento com os trabalhadores que esperavam para serem atendidos, com representantes dos convênios que iam ao posto para agendar entrevistas periciais e com as secretárias do órgão.

Os encontros com os trabalhadores aconteciam no sindicato dos bancários ou das telecomunicações, nas recepções dos postos de saúde ou do próprio INSS. Vários depoimentos foram colhidos em diferentes andanças, na sala de espera do Núcleo de Saúde do Trabalhador (NUSAT), local onde aguardávamos para entrevistar os profissionais de saúde; nos simpósios sobre LER de que participamos durante o período da pesquisa, na sala de espera do INSS/RJ; no INSS/Centro de Reabilitação Profissional/ Niterói; nos eventos específicos sobre o tema em simpósios fechados do INSS, da Secretaria de Saúde ou da sociedade médica dos quais participamos e no sindicato.

Realizamos 15 entrevistas com trabalhadores entre bancários (9) e telefonistas (6) que estavam em contato com o INSS/RJ e 11 entrevistas entre profissionais envolvidos com o encaminhamento das LER: médicos (2), fisioterapeutas (4), psicóloga (1), enfermeiras (2), assistente social (1) e terapeuta ocupacional (1). Entrevistamos 1 trabalhador representante de convênio e 4 diretores da executiva de saúde do sindicato.

Gravávamos as entrevistas quando o entrevistado assim o permitia. Para elaboração dos artigos, corpo da tese, privilegiamos as falas dos médicos peritos do INSS/RJ e dos trabalhadores que recorriam ao órgão.

No levantamento estatístico, utilizamos todos os processos encaminhados para a Perícia Médica do INSS/RJ, no período de março de 1997 a dezembro de

1998. Foram analisados 168 processos. Muitos deles estavam incompletos, principalmente quanto aos dados referentes à situação atual do empregado: tempo na função, tempo de queixa dos sintomas e diagnóstico provável.

Os dados foram distribuídos em tabelas para uma melhor visualização. Algumas foram anexadas aos artigos e analisadas quando pertinentes à discussão, outras, compondo um conjunto de materiais disponíveis para os que estiverem interessados em buscar maiores detalhes sobre o tema, foram organizadas no final do trabalho como anexo. Neste conjunto, também, são apresentadas as falas dos entrevistados. Por segurança, retiramos do quadro todas as especificações de identidade dos mesmos.

Por desenvolvermos um tema relacionado com uma doença do trabalho, vários termos médicos tornaram-se imprescindíveis. Para facilitar essa leitura, colocamos em anexo, uma espécie de glossário das palavras técnicas mais frequentes e fotos dos músculos e nervos dos membros superiores. Anexamos, também, uma foto da manifestação dos bancários organizada pelo sindicato da classe, em frente ao INSS/RJ, exigindo respeito aos lesionados.

Serão apresentados em anexo os seguintes materiais:

Dados dos prontuários do INSS/RJ

- 1- Distribuição dos processos indeferidos e arquivados
- 2- Diagnósticos da Comunicação Acidente do Trabalho, telecomunicações
- 3- Diagnósticos da CAT, bancos
- 4- Diagnósticos dos Convênios, telecomunicações
- 5- Diagnósticos dos Convênios, bancos
- 6- Diagnósticos do INSS/RJ, telecomunicações
- 7- Diagnósticos do INSS/RJ, bancos
- 8- Distrib. comparativa dos diagnósticos das LER – CAT, Convênios e INSS/RJ
- 9- Intercessões dos diagnósticos do INSS/RJ
- 10- Composição de diagnósticos múltiplos.
- 11- Distribuição quanto ao diagnóstico da degenerescência
- 12- Distribuição quanto ao sexo
- 13- Distribuição quanto à faixa etária

Glossário, Fotos e Quadro-sumário das entrevistas..

- 1- Glossário

- 2- Fotos: - Músculos e nervos dos membros superiores
- Manifestação dos bancários, em frente ao INSS/RJ.
- 3- Quadro-sumário: Falas dos entrevistados por temas de discussão

Organizamos a apresentação da discussão da nossa pesquisa em 4 (quatro) artigos: A construção do "sujeito-doente" em LER; O território da doença relacionada ao trabalho: o corpo e a medicina nas LER; A armadilha: as bases discursivas da neuropsiquiatria nas LER; As LER inscritas como "doenças de mulheres".

No artigo I, "*A construção do sujeito-doente em LER*", foi focalizada a via de análise diagnóstica do INSS/RJ, ao responder aos prontuários encaminhados pelos trabalhadores para o reconhecimento das LER. Observa-se que a avaliação pericial utiliza-se, freqüentemente, de bases neurológicas e psiquiátricas para fundamentar diagnósticos compostos por quadros de degenerescência, ao supor as dores como inespecíficas e crônicas. Enfatiza-se, dessa forma, que os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho são causados por uma predisposição do sujeito a adoecer. Ressaltamos que esta é uma perspectiva de análise bem diferente das abordagens de estudos epidemiológicos e ergonômicos que vinham sustentando as pesquisas sobre as LER no Brasil. Estas doenças têm uma história de reconhecimento desde 1987 e, neste âmbito, queremos evidenciar que a recusa persistente do nexo, resulta num deslocamento rigoroso das análises, no final dos anos 90.

É deste deslocamento que trata o texto: das práticas que servem à descaracterização do nexo, atendendo, não só a uma demanda de redução dos custos com doenças do trabalho, mas também, levando à construção de um tipo de sujeito-doente que, mesmo reconhecido como portador de vários diagnósticos, não tem seu processo de adoecimento associado ao seu histórico profissional.

Para introduzirmos esta discussão, apresentamos a história das LER como doença do trabalho e colocamos em análise a doença como inutilidade. Dois conceitos que, no século XIX, são aliados para reforçar o engendramento da construção de uma saúde para o trabalho.

Na vinculação entre saúde/trabalho e corpo/doente apresentamos ainda uma questão: até que ponto esse modo de subjetivação desenha uma armadilha em forma de uma prescrição e aprisiona o sujeito na ficção da idéia de um trabalho sem corpo e

de uma saúde sem doença? Para respondermos a tal questionamento, continuamos a discussão apresentando e pontuando avanços e recuos de estudos sobre as LER, principalmente no que diz respeito ao lugar do sujeito portador no processo de adoecimento.

Deste caminho identificamos a predominância do dado *subjetivo* na análise das LER, mostrando um quadro diagnóstico elaborado, no período de março de 1997 a dezembro de 1998, a partir do levantamento de processos de trabalhadores que requisitavam o reconhecimento das LER, no INSS/RJ. Apresentamos, em uma tabela, dados comparativos de diagnósticos da CAT, dos Convênios e do INSS marcando as diferenças principalmente quanto ao entendimento das LER como doença degenerativa. Os discursos coletados por entrevistas e as pesquisas sobre o tema serviram de suporte para as análises, mostrando que a doença é entendida como somatizada e reforçada pela culpa quando as condições de trabalho são consideradas secundárias.

O primeiro texto elaborado mostrou uma visão geral do encaminhamento do INSS/RJ. Deixava muitas dúvidas quanto a sua própria referência de "sujeito-doente em LER" e, principalmente, quanto a sua constituição mórbida vinculada a um perfil de natureza humana que articulava ansiedade, tensão, obsessividade e histeria e, ao mesmo tempo, fingimento e simulação. Essas questões foram desdobradas nos outros artigos que colocando o corpo (artigo II) o diagnóstico (artigo III) e o feminino (artigo IV) em foco procuravam fazer cortes mais singulares nesta rede discursiva sobre as LER.

O artigo II, intitulado "***O território da doença relacionada ao trabalho: o corpo e a medicina nas LER***", coloca o corpo e a medicina em foco para apreender a produção do silêncio das dores e do sofrimento. Partimos dos documentos do INSS sobre os conceitos de doença do trabalho e seus enunciados em 87, 93 e 97, quando finalmente, a Norma/97 "*incorpora nexos não definidos, distúrbios neurovegetativos*" e caminha em outro espaço buscando outras alianças.

Mas nem tudo é consenso. O tema é polêmico e tem apresentado correntes diversas no próprio INSS. Diversidades estas, que não são menos freqüente nos discursos dos peritos, dos médicos, dos trabalhadores, dos profissionais de saúde ou dos sindicalistas. Uns desacreditam nas LER como doença do trabalho, alguns acreditam, mas questionam a lesão ou a repetição como etiologia desse adoecimento

e, ainda, outros, sentem dificuldade de associá-las a um quadro já definido de lesões osteomusculares.

De qualquer modo, frente a esse campo de construção múltipla, deparávamos-nos a todo instante, no INSS/RJ, com a permanente negação do nexo. Quais seriam então às estratégias para a recusa do nexo? Que ela serve à redução dos custos da previdência social nós já sabíamos de antemão, afinal a reforma fiscal prevê a privatização de parte desse seguro e é preciso manter a sua imagem em alta. Mas ainda poderíamos questionar que estratégias de saber/poder funcionam para que os diferentes tipos de diagnósticos das LER, mesmo se confirmados, possam ser classificados como "doença comum"?

São os próprios peritos que respondem ao serem entrevistados *"a gente não faz diagnóstico, não faz tratamento, só avalia o grau de incapacidade do segurado. Quanto tempo terá essa incapacidade e qual o grau. Se ela permite retornar a atividade laborativa ou não"*. Parece simples e lógico: como segurados da Previdência os trabalhadores pagam para quando ocorrer o acidente serem tratados como acidentados do trabalho e aqui inclusive a doença do trabalho. Mas, a situação do trabalhador que adoece, nunca é tão clara. Paga a quem e pelo quê, se todos os nexos são negados?

Buscamos a leitura das estratégias de negação do nexo pela luz das construções históricas entre saúde/trabalho e corpo/doença já iniciado no artigo I. Mas, agora, buscávamos aprofundar quais as leituras possíveis para um corpo inscrito no registro da inutilidade. O corpo nos parecia dicotomizado, aliás, como toda a história: ou era isso, ou era aquilo. Ou capaz, ou incapaz, ou doente, ou saudável, ou ligado ao bem, ou ao mal. Territórios tão totais e homogêneos que pareciam não caber e desconcentrar toda a lógica. Era evidente que precisavam cada vez mais de regulagens, de disciplinas, de controles. Para ser saudável era só ser capaz para o trabalho. O doente compunha em seu próprio corpo a desregulagem, o descontrole, a inutilidade e a incapacidade. Novamente não podemos nos deixar levar pela facilidade das evidências. As decisões não seriam tão técnicas. Há muito tempo que a luta pela saúde no trabalho é uma luta política. Se é uma luta política serve a alguns interesses, torna-se um investimento de poder que registra, analisa, julga e direciona o que considera normal e anormal.

Entramos em outro registro: não é mais o corpo que adoece que é ou não capaz ou incapaz, mas o normal/ produtivo e o anormal/improdutivo ou degenerado. Desta forma, o trabalho médico e pedagógico não é somente terapêutico, mas produtor de uma economia de subjetividade.

Diversos corpos são citados na negação do nexos: o corpo incapaz, o improdutivo, o inútil, mas também o simulador, aquele que para o médico "*finge-se de doente para não trabalhar*". A descaracterização da doença chega a seu clímax, não há nada a ser visto e não há nada do qual se falar. Como diz um perito "*Agora, acabou...é uma questão de consideração*".

Nessa produção de silêncio da doença do trabalho, vamos questionar finalmente que limite de incapacidade necessitará mostrar o corpo para provar que está verdadeiramente doente e, principalmente, como associar ao processo de adoecimento a sua história de vida e trabalho? E como exceder a estas expectativas? Como distinguir a doença mórbida e inútil da resistência de um corpo aos seus constrangimentos? Como escapar a estas evidências que são armadilhas de captura? E como falar nas resistências nas LER?

É preciso um outro registro para nos afastar das armadilhas de captura e de silêncio que pretendem nos alocar em um mundo homogêneo e uníssono frente às LER. Ficou doente é predisposto ou está fingindo. Por um lado questionávamos de onde viria isto? E, por outro, afirmamos que é preciso sair do registro da saúde como capacidade e da doença como inutilidade e reagir, tomando a doença como um acontecimento onde o próprio corpo liberta-se da imposição do silêncio da dor e "grita".

No artigo III "***A armadilha: as bases discursivas da neuropsiquiatrização das LER***" apresentamos a discussão da Austrália sobre o tema, nos anos 80, e suas implicações na discussão atual do INSS/RJ.

Encontramos, nas falas dos peritos, as pistas para a análise

"Micro trauma que eles chamam osteomuscular. Só que isso como eu estava falando, Na Austrália estão provando que não tem muito a ver, isso faz parte da consequência da vida da pessoa".

Verificamos, também, que entre os documentos distribuídos como apostilas para o curso de aperfeiçoamento de peritos, ocorrido no próprio INSS/RJ, alguns abordavam essa discussão na Austrália e a preocupação com a possibilidade de uma *epidemia* brasileira fazia a associação entre os dois movimentos.

Apontamos que as alianças com as teorias neuropsiquiátricas desenvolvidas no confronto da *epidemia* australiana serviram de referência para a ampliação de um novo registro em relação às LER. Eram caminhos diferentes, e muitas vezes frontalmente opostos aos dos estudos ergonômicos e epidemiológicos e, mesmo, fisiológicos que estavam sendo desenvolvidos sobre o tema em vários países.

Já havíamos obtido um material diversificado sobre o *acontecimento* da "*Epidemia Australiana*", nos anos 80, quando buscávamos bibliografia sobre o tema no Medline. A grande quantidade de textos publicados no "*The Medical Journal of Australia*", e a sua citação na maioria dos textos sobre o assunto, levaram-nos a utilizá-la como referência em nossa análise e nos mostrou que mesmo as abordagens neuropsiquiátricas traziam grande polêmica, sendo, muitas vezes, negadas com veemência naquele país.

Esse caminho australiano da neuropsiquiatria das lesões por esforços repetitivos passa por três aspectos: a iatrogenia e a simulação discutidas por Cleland (1987) e por Bell (1989); os diagnósticos das doenças crônicas de origem ocupacional e suas implicações sociopolíticas e os discursos psiquiátricos de uma personalidade neurótica trazidos pelas análises de Lucire (1986).

Novamente nos deparamos com as questões da personalidade e da predisposição, mas, agora, aliadas ao referencial da neuropsiquiatria. As bifurcações entre o estudo da doença dos nervos e o da *natureza* das mulheres nos pareceu um outro tópico a ser aprofundado nesta teia de discursos sobre o nexo das LER, já que, não só na nossa pesquisa, mas em muitas outras, era comum encontrar um grande contingente de mulheres lesionadas.

No artigo IV "*A inscrição das LER como 'doença de mulheres'*" colocamos novamente em questão o diagnóstico neuropsiquiátrico. Desta vez, para um maior esclarecimento das LER neste campo de possibilidade onde a mulher aparecia, reiteradas vezes, como "*mulher fricoteira, dada aos pitis e ao fingimento*". Procuramos questionar que comportamentos são reconhecidos e que comportamentos são desqualificados nestas incursões da análise do que chamam de *natureza*

feminina, partindo do acontecimento do projeto de higienização e educação emocional da mulher que vingou, na busca de uma sociedade progressista, no século XIX.

Colocando as análises da LER em questão, buscávamos marcar como os mecanismos de poder dos discursos neuropsiquiátricos sobre as mulheres são, ainda, investidos, utilizados e ampliados por técnicas atuais. De que modo, esses conjuntos, como dispositivos de poder, desencadearam as formas de sujeição de homens e mulheres nas relações de trabalho e quais as forças de resistência que as barraram.

A questão passa por entender as alianças entre mulher, doença e predisposição e as lógicas de sua construção histórica marcadas na sociedade produtiva por necessidades respondidas por médicos, pedagogos, higienistas e outros.

Especificamente no caso das LER, como se tornou fácil se desfazer dessas trabalhadoras consideradas inúteis e fúteis, por serem mulheres, tendo *doenças de mulheres*? A partir do entendimento da captura do feminino, como corpo instável e fragilizado pelas emoções, como compreender os diagnósticos neuropsiquiátricos que surgem com maior intensidade a respeito das LER, na década de 90?

Concluimos esta tese mostrando a complexidade do entendimento da análise das LER. O nosso propósito foi mostrar, nas malhas dessa rede das práticas discursivas em relação ao nexo das LER, as relações de poder e as construções de saber que legitimavam algumas verdades e como estas eram assimiladas pelos peritos, pelos trabalhadores, pelos profissionais de saúde, pelos sindicatos. E ainda como esse saber/poder foi disseminado pelas normas, pelos regulamentos, pelas disciplinas que articulavam corpo, trabalho e saúde.

Fizemos apenas alguns recortes: a amplitude da ruptura que trouxeram os caminhos de leitura neuropsiquiátricas no INSS/RJ; as bases históricas do entendimento da leitura dos corpos que servem à noção da doença como inutilidade; as bases de construção da análise neuropsiquiátrica nas LER, na atualidade, e as implicações das alianças entre mulheres, doença e predisposição para a descaracterização acelerada dessa doença instituída dentro dos padrões da modernidade.

A construção do "sujeito-doente" em LER The construction of the "sick-subject" in LER*

Marilene Affonso Romualdo Verthein¹

Carlos Minayo Gomez²

Resumo

Na atualidade assiste-se a uma grande polêmica em relação ao nexo entre a doença e o trabalho. A das lesões por esforços repetitivos (LER), que, em 1997, passam, com a nova Norma de Avaliação de Incapacidade do Instituto Nacional de Seguridade Social, a se denominar distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT). Entre os novos signos que esse processo de adoecimento traz, destaca-se o afunilamento marcado pela DORT, ao privilegiar o aspecto subjetivo na análise da doença. Esse posicionamento do INSS tem como pressuposto a noção de um sujeito predisposto a adoecer e de uma saúde como capacidade para o trabalho. Neste artigo, analisa-se o contexto histórico que caracteriza saúde/trabalho e corpo/doença, questiona-se a construção de um sujeito-doente e a maneira como esse tal modo de subjetivação desenha uma armadilha para aprisionar esse sujeito. Finalmente, apresenta-se o percurso do INSS-RJ na busca de um perfil capaz de descaracterizar a doença relacionada ao trabalho, combatendo e reduzindo os casos de LER e os custos com o pagamento de indenização aos trabalhadores.

Palavras-chave: LER, DORT, subjetividade, saúde do trabalhador, perícia médica.

Summary

At the present time it is attended a great polemic in relation to the connection between the disease and the work of the "lesões por esforços repetitivos" - LER that, in 1997, it passes with New Norma of Evaluation of Inability of the National Institute of Social Security, to be denominated " - DORT. Among the new signs that disease process brings it stands out the funneled marked by DORT when privileging the subjective aspect in the analysis of the disease. That positioning of INSS has as presupposition the notion of a subject predisposed to get sick and of a health as capacity for the work. In this text the historical context is analyzed that it characterizes health/work and bore/disease, the construction of the sick-subject one is questioned and, to what extent that subjectivity way draws a snare as imprisonment of the subject. Finally, it comes the course of INSS-RJ in the search of a profile capable of disregarded the disease related to the work combating and reducing the cases of LER and the costs with the compensation payment to the workers.

Keywords: LER, DORT, subjectivity, the worker's health, medical inquiry.

* Artigo publicado: Verthein, M. A. R. e Gomez, C. M.: 'A construção do "sujeito-doente" em LER'. *História, Ciências, Saúde — Manguinhos*, vol. VII(2): jul.-out. 2000, pp. 329-347.

¹ Doutoranda do CESTEH/ Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ. Prof^{la} do Departamento de Psicologia/ Universidade Federal Fluminense. marilenevt@ig.com.br. Tel. 609-2056.

² Doutor pesquisador titular do CESTEH / Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz. minayogo@ensp.fiocruz.br.

Introdução

Assistimos, na atualidade, a uma grande polêmica em relação ao nexo das lesões por esforços repetitivos (LER) com o trabalho. Múltiplos discursos, de acordo ou desacordo, aparecem neste cenário, delineando o novo território da doença relacionada ao trabalho, que seria explicitado pela descaracterização do nexo das LER com o trabalho e pela produção de um entendimento particular do sujeito-doente, ou lesionado.

A mudança de denominação da doença para distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), proposta em 1997, pelo Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), na revisão da Norma Técnica de Avaliação para a Incapacidade de 1993, introduziu novos elementos na análise da perícia médica do INSS acerca do processo de adoecimento.

Nas LER, o que se privilegiava era o esforço repetitivo, isto é, a força e a repetição requerida pela musculatura dos membros superiores, em determinadas condições de trabalho, apontadas como núcleo de referência para o esforço e o conseqüente adoecimento. Nos DORT podemos observar dois referenciais distintos: uma atenção aos dados biomecânicos e psicossociais de reconhecida importância no entendimento desta doença; e a análise do distúrbio, o que abre a possibilidade de compreensão da doença atribuída a um caráter constitucional, subjetivo e pessoal.

Assim sendo, vai aparecer na avaliação dos DORT, feita no INSS-RJ, um privilégio na utilização de subsídios de caráter neurológico e psiquiátrico que fundamentando suas interpretações na noção da dor inespecífica e crônica, de corpos predispostos à degenerescência, enfatiza, dessa forma, o entendimento dos DORT como doenças adquiridas por uma predisposição do sujeito a adoecer. Essa prática passa a apontar um outro caminho na análise diagnóstica, em detrimento das perspectivas de estudos epidemiológicos e ergonômicos que vêm sendo realizados na tentativa de uma melhor compreensão desse processo de adoecimento no trabalho.

Este estudo quer sinalizar que esta tal prática, além de servir à descaracterização do nexo, - atendendo a uma demanda de redução dos custos com doenças do trabalho -, vai servir, também, para a construção de um tipo de sujeito-doente que, mesmo reconhecido como portador de vários diagnósticos, não tem seu processo de adoecimento associado ao seu histórico profissional.

Destacamos, assim, o reducionismo realizado pela perícia do INSS/RJ, na análise dos casos de DORT, ao privilegiar os aspectos constitucionais e de susceptibilidade pessoal na análise. Nossas investigações neste campo complexo e polêmico das LER colocam em questão este percurso do INSS-RJ que, no nosso ponto de vista, marca, no sujeito que adoece no trabalho, a morbidez subjetiva, re-apresentando, num enfoque moderno para a "doença nervosa", o antigo tema sustentado pela psiquiatria referente à existência de um sujeito predisposto ao adoecimento, por natureza e/ou constituição.

Essa prática expõe as delimitações sociais entre o normal e o patológico, que são parâmetros binários, entre outros, de saúde/doença, produtividade/improdutividade, capacidade/incapacidade, construídos pelos códigos de referência da produção capitalista. Tais procedimentos ditos "diagnósticos de avaliação de incapacidade", observados na análise da perícia médica, quando os trabalhadores adoecem, revigoram, — na contra-mão dos avanços teóricos da Saúde Pública e, especificamente, da saúde do trabalhador, — conceitos já debatidos e revisados no sentido de impingir aos trabalhadores o dever, a culpa e a responsabilidade frente ao processo de adoecimento.

Para introduzirmos esta discussão, percorreremos um caminho na história das LER como doença do trabalho, apontando a vinculação histórica entre doença e inutilidade e alguns movimentos indicativos de separação entre a doença e o trabalho no encaminhamento das LER no INSS.

Inicialmente um parêntese. Nota-se que, a despeito da nova norma, uma sigla de transição LER-DORT tem aparecido com frequência, tanto nos processos internos ao INSS quanto em simpósios, jornadas, seminários etc. sobre o tema, mostrando a resistência e a prevalência da denominação LER. Daremos prioridade ao termo LER, para nos inserirmos no resgate da sua história.

As LER como doenças do trabalho

Os movimentos repetitivos, ritmados e intensos dos membros superiores no trabalho e as várias pressões geradas pela organização do trabalho em fases avançadas da industrialização têm caracterizado um repertório de adoecimentos cuja amplitude e abrangência podem ser observadas pelas várias denominações que

aparecem em diferentes países. As principais são: *occupational cervicobrachial disorder*, em 1958, no Japão, utilizada para descrever fadiga neuromuscular nos músculos dos braços e das mãos em perfuradores de cartão, operadores de caixa registradora e datilógrafos; *repetitive strain injuries*, em 1970, na Inglaterra e Austrália, para a indicação de doenças musculotendinosas dos membros superiores, ombros e pescoço, nas atividades de digitação, linhas de montagem e embalagens; *cumulative trauma disorders*, em 1986, nos Estados Unidos da América, correspondendo às lesões dos tecidos moles: nervos, tendões, bainhas tendinosas e músculos do corpo, principalmente dos membros superiores, causadas por atividades repetitivas.

No Brasil, essa doença é apresentada, em 1984, pela Associação de Processamento de Dados do Rio Grande do Sul, no V Congresso Nacional de Profissionais de Processamento de Dados, ocorrido em Belo Horizonte, dada a alta incidência de tenossinovite entre digitadores. Posteriormente, o termo lesões por esforços repetitivos foi referendado pelo médico Mendes Ribeiro como denominação da doença em todo território nacional. As LER serão, então, caracterizadas pelas lesões associadas às atividades de movimentos repetitivos e à sobrecarga muscular estática em profissionais de processamento de dados, usuários de terminal de vídeo, operadores de linha de montagem e trabalhadores de empresas de telecomunicação, entre outros.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) concluiu, em 1987, que o desconforto osteomuscular — *repetitive strain injuries* (RSI) —, que acomete os trabalhadores em vários países, está associado às atividades desenvolvidas em terminais de vídeo. A vinculação imediata das LER com essas atividades, no Brasil, reduz, na lei, a nosologia e a etiologia das mesmas, levando a reconhecer como doença profissional apenas a tenossinovite, uma das formas clínicas das LER, e somente em digitadores, através da portaria 4062, do Ministério da Previdência Social de 6/8/1987, publicada no *Diário Oficial* de 7/8/1987.

Muitas mudanças comprovam os ganhos e a relevância desse reconhecimento. Em 1990, o Ministério do Trabalho reedita a norma regulamentar nº 17, referente aos aspectos ergonômicos do uso específico de terminais de vídeo, isto é, suas implicações de postura e de esforço, definidas na portaria nº 3751, que regulamenta a cota de produção de oito mil toques/hora trabalhada, cinco horas por

dia com pausa de dez minutos, a cada cinquenta minutos; proíbe o prêmio-produção; e estabelece normas quanto ao planejamento do posto de trabalho, das ferramentas e dos equipamentos, levando em conta os aspectos ergonômicos dos mesmos.

No final de 1991, ocorre um novo avanço, quando as LER, já consideradas como um conjunto de lesões que atinge os membros superiores — não somente a tenossinovite e não apenas em relação aos digitadores —, foram legisladas como doença do trabalho. O diagnóstico pressupõe a perda total ou parcial da capacidade de laborar, resultante da atividade profissional, de acordo com o decreto 375/91, parágrafo 2º, artigo 140, do *Diário Oficial* (Poder Executivo, 9.12.1991).

Como consequência, é elaborado, em 1991, a partir da Norma Técnica de Avaliação da Incapacidade, no Ministério da Previdência Social, um documento sobre as LER, que, revisto em 1993, com a ampliação do campo de nosografia das LER, que literalmente passa a incorporar as afecções que podem acometer tendões, sinovias, músculos, fáscias, ligamentos isolada ou associadamente, com ou sem degeneração de tecidos, atingindo principalmente, porém não somente, os membros superiores, região escapular e pescoço, de origem ocupacional, decorrente de forma combinada ou não de: uso repetitivo de grupos musculares; uso forçado de grupos musculares; e manutenção de postura inadequada.

Essa norma técnica informa, ainda, sobre as diversas formas clínicas das LER — tenossinovite e tendinite, epicondilite, síndrome do túnel do carpo, síndrome cervicobraquial — e menciona a sua evolução, a partir do desenvolvimento da dor e da capacidade funcional, por graus que variam entre os níveis I — sensação de peso e desconforto do membro afetado, com caráter ocasional —, e IV, em que a dor é forte e o sofrimento intenso, com manifestação de edema persistente e aparente deformidade.

Em 1997, ocorre uma nova revisão nessa Norma, e mudanças mais radicais surgem com a entrada em cena da denominação DORT, abrindo espaço para interpretações psicologizantes dos diagnósticos. Na prática, os casos clínicos de DORT passam a ser homogeneizados na busca de um "perfil doente" para os (as) lesionados(as). Tal procedimento reduz a natureza da doença às características de personalidade do próprio sujeito. Este, por sua vez, é excluído do ambiente de trabalho, com o rótulo de incapacidade para desenvolver suas atividades.

Podemos notar alguns indicadores fundamentais na avaliação diagnóstica, discernindo entre o normal produtivo (saúde) e o anormal improdutivo (doença). Tal procedimento retoma relações entre trabalho, saúde e doença que reeditam e reforçam antigas trajetórias combatidas, mas ainda efetivas, remetendo-nos a uma pedagogia do corpo, traçada desde Tuke na Inglaterra e Pinel na França. Essa pedagogia propõe que o medo deve incutir culpa e responsabilidade, e o trabalho deve criar o hábito da regularidade, da atenção e da obrigação. Sugere, também que o outro, com um olhar vigilante, deve produzir a auto-contenção; que a infantilização deve gerar a necessidade de proteção; o julgamento da sanidade, gerar o discernimento da normalidade e o médico, ser visto como a autoridade normativa do social.

O médico perito do INSS-RJ, utilizando-se da Norma Técnica de Avaliação da Incapacidade, decide sobre as requisições de nexos das LER com o trabalho, obedecendo a domínios de valor e utilidade para fins pecuniários. Duas tendências decorrem dessa prática: a afirmação de uma ou várias formas clínicas das LER, com a negação do nexo da doença com o trabalho; e a re-configuração das diversas formas clínicas das LER em quadros de doenças degenerativas ou reumáticas, com a negação de que o processo de adoecimento tenha nexo com o trabalho.

Nota-se que o diagnóstico — mesmo sendo as LER reconhecidas no Brasil como doença do trabalho — confirma a existência da lesão, mas não admite que tal lesão seja associada ao trabalho, e, com grande frequência, nega o nexo. A discussão, no entanto, não se restringe a este aspecto. Como já assinalamos, discute-se, também, a produção de um tipo de subjetividade predisposta ao adoecimento que serve ao propósito específico de reduzir os custos da Previdência Social, a partir da descaracterização da doença que, atualmente, mobiliza recursos vultosos do INSS. Nesse percurso, torna-se relevante incorporarmos à discussão os elementos da vinculação entre saúde/trabalho e corpo/doença e do reconhecimento médico e social da inutilidade do corpo-doente.

Vinculação entre saúde/trabalho e corpo/doença

Um marco na caracterização da vida, no século XIX, foi a vinculação entre saúde e capacidade para o trabalho. Segundo Herzlich (1986, p.206), essa associação

não correspondeu a um movimento natural, mas a um processo sócio-histórico que fez emergir no campo da medicina uma nova conceituação de saúde como o avesso da doença. A doença, segundo a autora, passou a ser "uma condição socialmente reconhecida e legítima de inatividade". Assim, a partir dessa data, criou-se a necessidade de restaurar o corpo-trabalho para atender ao processo produtivo.

Poderíamos então questionar: como foi possível desenhar na doença, partindo da saúde social, a face da inutilidade?

A possibilidade de o corpo ser inscrito no registro do inútil surge com a emergência do corpo como foco do mal, datada do século XVIII. Nessa época, há um deslocamento importante da espacialização e da verbalização na prática médica em relação ao que ficou caracterizado como saúde e doença, quando o corpo é assegurado como espaço para a leitura médica. Foucault (1986) irá mostrar que o olhar sobre o corpo, local do bem e do mal, é fundador do indivíduo. Assim:

"Torna-se possível organizar em torno dele uma linguagem racional ... poder-se-á, finalmente, pronunciar sobre o indivíduo um discurso de estrutura científica." (Foucault, 1986:XIII)

Esse discurso irá compor dois movimentos: de um lado, o corpo como objeto de conhecimento e, de outro, uma linguagem que fala desse conhecimento sobre o ser, a partir de uma nosografia política aderente ao contexto social da época.

Vemos emergir no século XVIII o que será ratificado nos séculos seguintes: a associação entre saúde/trabalho e corpo/doença. O discurso científico tornará a pobreza útil, partindo dessas associações como critérios de diferenciação populacional,

"bons e maus pobres, ociosos voluntários, desempregados involuntários, os que podem fazer determinados trabalhos e os que não podem" (Foucault, 1986:196)

A saúde constituirá uma proposta de poder político, agenciando não só a manutenção da força de trabalho, mas também a produção de bens e de homens para a evolução do processo produtivo. É o esboço do projeto de uma tecnologia da

população que será garantida pela prática médica. A doença, entendida no sentido de inatividade, tem, no corpo, o espaço analisável que leva à "*volatilização da doença*", à representação de "*um meio corrigido, organizado e incessantemente vigiado*". (Foucault, 1994, p. 35)

Essa prática de política médica (Rosen, 1979), em que o médico aparece como agente de polícia, servindo de instrumento de controle dos excessos do corpo, foi refinada e institucionalizada: passa a administrar todas as atividades para o bem-estar, a intervir em educação, supervisionar hospitais, prevenir e controlar epidemias. O discurso sobre a saúde — assepsia, ordem, progresso, destino, acaso, bem e mal — mistura, nesse momento, ciência e imaginário social, à medida que, reordenando valores e papéis sociais, os médicos vão definindo o bom e o mau comportamento, a boa e a má saúde e, também, caracterizando e catalogando os excessos, os desvios, os vícios e as perversões.

É utilizando-se desse instrumental de polícia médica que, em 1830, o dr. Robert Baker, na Inglaterra, atendendo a expectativas científicas e sociais, funda o primeiro serviço médico de empresa, atendendo à expectativa científica e social, para cuidar da saúde do trabalhador e, ao mesmo tempo, exercer o controle direto da força de trabalho, mantendo, restaurando ou descartando o corpo.

Esse cuidado médico para detectar, diagnosticar e barrar o corpo-doente não acontece de forma pacífica. Vários movimentos operários foram empreendidos por uma melhor qualidade de vida, mostrando, desde aquela época, que a percepção do que seria a saúde e a doença, no meio do trabalho, não era assim tão hegemônica. Mas, não podemos deixar de observar que o tema central da vida e da morte, nesse enfoque racionalista que se detém no mito do corpo social e humano, asséptico vai instituindo soluções excludentes e mercantis, no campo da saúde no trabalho: os adicionais de insalubridade e periculosidade que pagam pelo uso do corpo, em lugar de substituir ambientes e agentes nocivos; a preponderância do equipamento de proteção individual, em detrimento das ações de proteção coletiva; as demissões de trabalhadores, após o diagnóstico de uma doença profissional ou relacionada ao trabalho; a negação freqüente do nexo da doença com o trabalho; a atitude do médico de não falar da doença, do trabalhador de não sentir como doença o que sente, e do empresário de negar a doença.

São práticas que cristalizam o corpo do trabalhador em um determinado sentido, assim como, ao tomarem a vida e a morte como questão, afirmam o médico como agente de intervenção nesse corpo-instrumento-de-trabalho, deixando entre parênteses as situações mais evidentes da violência do trabalho. Esse corpo como instrumento efetiva a dimensão do território do ideal-do-trabalhador, ao construir o perfil de um ser específico para a produção, previsível, ordenado e submetido às leis da produtividade a qualquer preço.

A pesquisa do DIESAT "Morte lenta no trabalho" (1989) expõe sem rodeios o descarte do corpo-doente:

"Sabendo-se como é restrito o conceito de doença profissional e de trabalho no Brasil e como muitas vezes o estabelecimento do nexo causal com o trabalho é negado pelo INSS ficam as empresas facilmente desobrigadas de responsabilizar-se pelos danos que causam à saúde dos trabalhadores, demitindo-os sempre que começam a apresentar sinais de doença". (DIESAT, 1989:57)

A pesquisa evidencia uma lógica de capitalização da saúde, para a qual não há trabalhadores doentes, mas sujeitos — tomados genericamente, no INSS, na classificação de segurados — que adoecem. Tal pensamento parece pressupor uma ação racional e científica, segundo a qual o trabalho não afeta o corpo e a saúde pressupõe ausência de doença e capacidade para o trabalho.

Falamos de uma racionalidade médica que no agir sobre a saúde que, ao privilegiar características subjetivas no processo de adoecimento, imputam ao sujeito a responsabilidade do adoecer. Conforme, indica Luz (1996), em sua pesquisa sobre a prática médica, no Rio de Janeiro, evidencia-se uma "*concepção etiopatogênica culpabilizante*", à medida que:

"Há um tom geral de recriminação moral com relação ao doente, que seria vítima de seus próprios excessos. A doença seria decorrência de descuidos que as pessoas teriam no cuidado de si mesmas. (...) preocupações, perturbações, também levariam ao

adoecimento, o que teria contrapartida no imaginário médico na nebulosa categoria do estresse". (Luz, 1996:25)

Um processo de culpabilização, instituído pelo discurso do "*descuido no cuidado de si*", vai forjando a percepção de um trabalhador predisposto ao adoecimento. A produção da culpa é uma das "*técnicas de si*" (Foucault, 1994), que responde à exigência de um corpo asséptico — sem doença e sem paixões — corroborando com a construção do corpo-instrumento, silencioso, domesticado, submisso e, ao mesmo tempo — e acima de tudo —, educado para ver-se saudável no trabalho.

Pode-se deduzir que, se a doença for reconhecida como um mal, a sociedade autoriza a exclusão dos seus doentes. Sontag (1984), estudando a doença como metáfora em sua representação social, afirma que:

"Toda sociedade, ao que parece, precisa identificar uma determinada doença, com o próprio mal, uma doença que torne culpadas suas vítimas". (Sontag, 1984:20)

Semelhante à polícia da peste, a prática da medicina relacionada ao trabalho, ao perceber o corpo dominado pelo mal — muito próximo ao mito do castigo —, descarta-o. E, posteriormente, complementando a lógica do útil/inútil na sociedade, o configura a um perfil doente, também o excluindo do social saudável.

Ao delinearmos as relações entre saúde/trabalho e corpo/doente teremos, ainda, que questionar até que ponto esse modo de subjetivação desenha uma armadilha em forma de uma prescrição e aprisiona o sujeito na ficção da idéia de um trabalho sem corpo e de uma saúde sem doença. Para responder a tal questionamento, continuamos esta discussão apresentando e pontuando avanços e recuos de estudos sobre as LER, principalmente no que diz respeito ao lugar do sujeito portador no processo de adoecimento.

O dado subjetivo nas LER

É importante destacarmos, inicialmente, que a denominação inglesa — também utilizada na Itália — work-related musculo-skeletal disorders of the upper limbs (WMSDs), e a adotada nos Estados Unidos, work-related upper-extremity disorders (WRUEDs), marcam a abordagem ergonômica e epidemiológica dos fatores de risco, apresentando como fatores etiogênicos e patogênicos as tarefas repetitivas, o uso excessivo de força, as posturas inadequadas e a organização ininterrupta e excessiva de trabalho. Nessa linha de pesquisa situam-se, entre outros: Chatterjee (1992), Silverstein *et alii* (1993) e Colombini (1996). No Brasil, que traduziu a sigla como DORT, destacam-se os estudos da Universidade Estadual de Londrina, com Batista *et alii* (1997) e colaboradores, no Departamento de Fisiologia; da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, com Ribeiro *et alii* (1997) e colaboradores; da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, com Souza e Silva (1997), no Departamento de Medicina Preventiva.

Mas, como já explicitamos, caminho oposto tem trilhado o INSS na avaliação das LER. Como nos informa Ribeiro (1997):

"As resistências ao reconhecimento da doença e do vínculo com o trabalho persistem. Médicos não estabelecem o nexos causal ... agentes e peritos médicos do INSS desmerecem os laudos dos médicos dos adoecidos, e os centros de reabilitação desse instituto protelam laudos e decisões, mesmo nos casos com incapacidade definitiva, em parte por desacreditar na doença e nos adoecidos, em parte por não saber o que fazer". (Ribeiro,1997:203)

A tabela 1, abaixo, referente aos laudos da perícia médica do INSS-RJ, relativa ao período de março de 1997 a dezembro de 1998, mostra claramente as diferenças entre os diagnósticos informados na Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), os laudos dos médicos conveniados pelas empresas e os laudos dos peritos. Os dados foram coletados diretamente dos prontuários de telefonistas e bancários que requisitavam o B-91, código do INSS que defere o nexos da doença adquirida pelo trabalhador com o trabalho que realiza. Em todos os 168 casos analisados, o B-91 foi negado e, na maioria das vezes, com a justificativa de "alterações degenerativas".

Tabela 1

Diagnósticos da CAT, dos convênios médicos e do INSS em processos para reconhecimento das LER

DIAGNÓSTICOS	CAT	%	Conv.	%	INSS	% t/b
Tenossinovite	67	39,80	33	19,64	25	14,88
Epicondilite	40	23,81	12	7,14	7	4,14
Cervicobraquialgia	16	9,52	7	4,17	54	32,14
Tendinite	42	25	13	7,74	5	2,98
Sínd. túnel do carpo	17	10,12	14	8,34	7	4,17
Síndrome do nervo mediano	8	4,76	0	0	0	0
Osteofitose	0	0	0	0	12	7,14
Artrose	1	0,59	4	2,38	14	8,34
LER	15	8,93	8	4,76	0	0
Uncoartrose	0	0	0	0	19	11,31
Bursite	2	1,19	0	0	2	1,19
Lordose	0	0	1	0,59	3	1,78
Alterações endógenas	0	0	0	0	16	9,52
Doença degenerativa	0	0	0	0	91	54,17
SEM DIAGNÓSTICO	14	8,34	86	51,19	60	35,71
Total (168)		—	—	—	—	—

Fonte: Perícia médica do INSS-RJ.

Os dados revelam que os diagnósticos da CAT apresentavam as denominações mais conhecidas e freqüentes do conjunto de lesões por esforços repetitivos: tenossinovite (39,80%), epicondilite (23,81%) e tendinite (25%). Os médicos conveniados pelas empresas, mantendo a política do não-comprometimento com casos de doença do trabalho, encaminhavam a maioria dos laudos sem diagnóstico (51,19%) e os peritos do INSS apresentavam diagnósticos, bastante específicos, inclusive utilizando classificações de doenças não registradas pela CAT ou pelo médico do convênio, dentre elas, a osteofitose (7,14%), a uncoartrose (11,31%), as alterações endógenas (9,52%) e, principalmente, a doença degenerativa

(54,17%). É também expressiva a notação do INSS-RJ em cervicobraquialgia (32,14%), se comparada à CAT (9,52%) e ao convênio (4,17%). É relevante informarmos que os diagnósticos eram múltiplos e apresentavam várias doenças reumáticas reduzindo o laudo final quase a um padrão para o indeferimento do nexo da doença com o trabalho :

"Alterações endógenas em consequência de alterações degenerativas sem relação com o trabalho. Não cabe B-91". (laudo pericial)

"Cervicobraquialgia difusa em consequência de doença degenerativa. Não cabe B- 91" (laudo pericial)

"Tendinite. Alteração degenerativa da coluna cervical. Não cabe B- 91". (laudo pericial)

A alta frequência de diagnósticos de doenças degenerativas nos laudos redigidos pelo INSS-RJ e a constante indicação dos lesionados na faixa etária dos 35 a 45 anos, aliadas à negação radical do nexo das LER com o trabalho, alicerçam nossa problematização do aspecto "subjetivo", já que há um deslocamento dos referenciais de análise de esforço, repetitividade e tensão postural, para os elementos que os médicos peritos denominam de "dados subjetivos em LER". Especificamente, neste caso particular de análise, consideramos que o "dado subjetivo", ao ser introduzido nas análises da "avaliação de incapacidade" dos trabalhadores com DORT pelo INSS-RJ, toma o sentido de uma predisposição constitucional.

Várias pesquisas sobre as LER vêm reforçando a doença como um dado subjetivo, sustentando sua argumentação em diferentes categorias de análise: a doença como somatização de dores e sofrimento; a doença não caracterizada por apresentar uma sintomatologia difusa e crônica; e a doença reforçada pela culpa.

A doença como somatização

O dado subjetivo que sustenta o argumento da cronicidade das LER toma uma direção peculiar, ao configurar essa doença como uma forma de somatização. Nessa linha, fatores psicológicos que geram estresse ou fadiga crônica, efetivam dor

e incapacidade, são vistos não como doença, mas como resposta emocional inadequada, principalmente dentro dos parâmetros da doença do trabalho.

No campo teórico da psicanálise, por exemplo, Lucire (1986), em oposição às teses da repetição dos movimentos, apresenta a tese das causas oriundas de fatores psicológicos. As LER seriam, segundo a autora, expressão de uma neurose histérica, e sua estruturação se explicaria pela insatisfação de necessidades e desejos não realizados. Assim, a dificuldade do trabalhador em expressar ações que levem à satisfação de necessidades no local de trabalho comporia o quadro nosológico.

Almeida (1995), baseada na análise de Lucire, vai fundamentar esta idéia de quadro histérico das LER a partir da noção de histeria de conversão. A dor expressa no corpo seria uma significação simbólica de afetos recalcados. Segundo a autora, as LER revelariam a impotência do indivíduo de simbolizar, adequadamente, ou de reavaliar ou elaborar a situação traumática. Daí a repetição do ato, que aparece como uma compulsão de algo não elaborado no inconsciente.

Dejours (1987), em seus estudos sobre trabalhos repetitivos no processo de adoecimento, sem tematizar as LER, caminha em outra direção. Expõe que as situações ansiogênicas geram condições de sofrimento e manifestações de somatização, quando o sujeito não é mais capaz de tratar mentalmente essas condições no trabalho. Desse modo, o rendimento, exigido através da cadência, do ritmo e das cotas de produção, levaria o trabalhador a desenvolver defesas egóicas inconscientes. A auto-aceleração aparece, como uma estratégia inconsciente decorrente da necessidade psíquica de bloquear o pensamento e a vida fantasmática para a fim de atender à produção, quando o trabalhador não consegue se liberar do ritmo imposto pelo trabalho.

Lima (1997) propõe o estudo das LER pela abordagem psicossomática, também, utilizando o viés psicanalítico. Argumenta que a repetitividade da tarefa está ligada a um comportamento compulsivo dentro e fora do trabalho que, ao reprimir os elementos presentes no psiquismo, acelera as cadências e descarrega toda a excitação na hiperatividade. Esse comportamento estaria presente nas formas de organização científica do trabalho.

Como pode ser observado, é tênue o caminho para chegar a explicações sem nenhuma relação histórica e social no processo de adoecimento das LER, inclusive com uma radical psicanalização da doença, como é o caso de Lucire (1986). O

próprio Dejours (1994; 1993), em trabalhos mais recentes, critica sua abordagem psicossomática no caso das doenças relacionadas ao trabalho.

Nessa mudança de enfoque quanto às relações de saúde e trabalho, Dejours (1993, p. 99) apresenta a idéia de um trabalho como fator de equilíbrio, ressaltando que, embora freqüente o uso de análises das condições de trabalho pelo desgaste e pelo envelhecimento precoce,, não se deve perder de vista que o trabalho "é , também, um fator essencial de nosso equilíbrio e de nosso desenvolvimento, talvez não importe qual trabalho, talvez não importe em que condições".

Nas análises das LER, a construção do discurso de verdade em relação à somatização será reforçado, no final da década de 1990, principalmente pelo INSS-RJ, enquanto na qualidade de instituição seguradora da saúde no trabalho. Servirá de arma estratégica diante do aumento de casos de doença que acometem os trabalhadores e dos conseqüentes custos pecuniários. Entrará na discussão o aspecto difuso e inespecífico da doença.

Da somatização à cronicidade da doença

As LER passam da somatização à cronicidade quando são marcadas como doenças inespecíficas. Nessa linha, muitos autores mencionam as LER como as síndromes de dores difusas, gerando polêmicas quanto ao pagamento de indenização aos trabalhadores, e aguçando, ainda mais, as discussões sobre os locais de trabalho e a saúde do trabalhador.

Shorter (1997) apresenta as LER como dor crônica somatizada e não como uma doença. Afirmar que os médicos se defrontam com uma avalanche de dificuldades no tratamento de doenças crônicas por duas razões: a cultura, progressivamente encoraja pacientes a conceberem vagos e inespecíficos sintomas como evidência de doença real e a procurarem especialistas para socorrê-los; o predomínio ascendente da mídia e a desestruturação familiar encorajam os pacientes a adotar a crença de que eles têm uma determinada enfermidade. Essa tendência, segundo o autor, levaria freqüentemente, ao aparecimento da lesão por esforço repetitivo ou da síndrome de fadiga crônica.

Quintner (1989) indica que a sigla RSI (repetitive strain injury) é usada como referência para síndromes de dores difusas nos ombros e braços que parecem estar

diretamente relacionadas com fatores ocupacionais, por exemplo, doenças ocupacionais cervicobraquiais. O autor examina a evidência clínica que sugere o envolvimento do tecido neural na patogenia dessas condições e, também, especula a possibilidade subliminar de mecanismos fisiopatológicos que podem expandir seu desenvolvimento e persistência. O mesmo autor, em artigo mais recente (1995), narra que, na Austrália, debateu-se, em 1980, a epidemia crônica da síndrome conhecida como RSI, e muitos médicos indicavam a possibilidade de ela ter uma origem psíquica. Tal suposição teve um profundo efeito nas relações entre médicos e pacientes com RSI, além de refletir e reforçar estereótipo prevalente, na sociedade australiana, não só em relação ao comportamento das mulheres no trabalho, mas também quanto às indenizações recebidas pelos trabalhadores.

Armstrong (1984, p. 199) afirma que "numerosos estudos durante os últimos cem anos mostram que as tendinites são a maior causa de sofrimento do trabalhador cuja atividade é manual, bem como de indenização trabalhista". Tal afirmação traz à cena uma ambigüidade na construção de um discurso que, pela volatilização da doença, serve à diminuição dos custos no pagamento de benefícios. Principalmente, quando se considera a conseqüente negação de um corpo-doente que cresce substancialmente no mundo do trabalho, mesmo nas regiões onde as relações de trabalho são mais desenvolvidas e ergonomicamente mais estruturadas.

O crescimento de casos de LER é corroborado pelas pesquisas, mesmo onde os resultados mostram imprecisão diagnóstica, considerando-se o aspecto da sintomatologia e as características da população estudada: dores em braços, mãos, ombro, pulsos, pescoço. Assim, o dado inespecífico não situa a natureza da doença, mas também, necessariamente, não a descarta. O estudo de Sikorski (1989) apresenta esse impasse quando, para determinar o padrão de síndrome músculo-esquelética, analisa 204 sujeitos com relatos de doença ocupacional em braços e pescoço para determinar o padrão de síndrome músculo esquelética. Conclui que, em 58% das pessoas, a disfunção músculo músculo-esquelética existia, mas que, para 42%, o tal diagnóstico não acontecia e a natureza da doença, nestes nesses casos, era discutível.

Outros autores situam ambigüidades nos critérios diagnósticos de padrões objetivos e subjetivos. Hall (1988) cita uma análise recente, na Austrália, em que originalmente se atribuía as LER ao uso exagerado dos membros superiores. Céticos comentadores aventaram a possibilidade de se tratar de uma forma epidêmica de

histeria, e as LER passaram a configurar uma nova combinação de fatores subjetivos, derivando daí, a mudança da percepção dos sintomas que acometem as doenças dos membros superiores. Foram realçados os efeitos de iatrogenia do termo LER e as complicações dos processos médico-legais para reconhecimento do nexos.

McDermott (1986) ressalta, em seu estudo, a condição controvertida das RSI. Para o autor, a introdução de nova tecnologia, sem a devida adaptação ao desempenho humano, pode levar a desordens funcionais no organismo. A mecanização e a automação, aparentemente, têm suavizado os trabalhos pesados, mas também produzem risco ao concentrarem, em determinadas atividades, um esforço localizado. O autor argumenta, no entanto, que esses aspectos podem contribuir para o adoecimento, mas não são suficientes para a investigação diagnóstica. Faz referência à inadequação do termo RSI, ao desconhecimento da patologia e a sua semelhança sintomática com a fadiga crônica.

Reilly (1995) descreve a nova experiência na epidemia das dores dos membros superiores como similar à dos afetados na Austrália, em 1980. Essa dor é, freqüentemente, não específica e diferente das dos padrões das várias entidades reconhecidas. A síndrome pode ser psicossocial e análoga à síndrome da fadiga crônica.

No Brasil, o debate sobre as LER, no INSS-RJ, vem acontecendo de forma similar, uma vez que os questionamentos ocorridos na Austrália sobre RSI têm servido de parâmetro para a construção discursiva da "incapacidade de trabalhadores com DORT". Desse discurso podemos destacar: a crítica acerca do pagamento de indenização aos trabalhadores, em função do alto custo demandado por essa doença; a influência da iatrogenia do termo LER, no aumento de casos nas últimas décadas; o enquadramento dos casos da doença no âmbito das doenças reumáticas ou crônico-degenerativas.

A noção de sujeito, produzida nesse contexto discursivo, remete a um sujeito dado como predisposto ao adoecimento ou ao que ficou designado na história psi como um perfil, uma natureza, uma disposição determinada, no caso em questão, uma natureza mórbida de um sujeito-doente.

A doença reforçada pela culpa

As pesquisas no campo psicológico não descartam a influência da precariedade do trabalho no processo de adoecimento por LER, . Articulam, assim, a produção da culpa a partir da própria história do trabalho e da luta dos trabalhadores. Nesse sentido, os estudos privilegiam a análise dos fatores psicossociais da doença, indicando a baixa estima como efeito da culpa por estarem incapazes para o trabalho.

Essas pesquisas permitiram a configuração do campo de possibilidade da análise do referencial psicossocial das LER. Muitas delas, inclusive, contribuíram de forma pioneira para um melhor entendimento dessas lesões. Ao apresentá-las, queremos marcar como a perícia médica do INSS-RJ, ao se apropriar do contexto do dado subjetivo nas LER, dissocia-o da história de trabalho e do trabalhador que adoece e, embora faça diagnósticos múltiplos aos dos portadores de LER, não as reconhece como doença do trabalho.

Sato (1993) discute achados psicossociais da LER. Trabalha, em Serviços Públicos de Saúde do Trabalhador em São Paulo, com um grupo de portadores da doença, com o objetivo de discutir a melhoria da qualidade de vida. Identifica o sofrimento associado à culpa e à revolta pela aquisição da doença, que gera sentimentos de baixa auto-estima pela incerteza quanto ao retorno ao trabalho e quanto à melhora e a cura.

Da mesma forma, o trabalho de Maciel (1986), também privilegia a análise da culpa por estar doente. Ao analisar grupos de portadores de LER entre os digitadores. Diz o autor:

"O impacto que sobrevém ao contato com a 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 um abalo intenso do autoconceito, o que traz como consequência uma grande fragilidade interna (psicológica) quando o portador se percebe sem saída e sem apoio". (Maciel, 1986:39)

Na prática do INSS-RJ, os elementos de baixa-estima e culpa são associados aos DORT não como efeitos do processo de adoecimento, mas como alicerces de uma natureza frágil e desajustada, predisposta à enfermidade. Retirando do contexto de avaliação as forças de constrangimento social, político, econômico e cultural que,

investidas no corpo, o fazem adoecer, elaborando o "perfil da morbidade", os peritos naturalizam na predisposição anatômica, fisiológica e psíquica a morbidez do corpo nas LER.

A produção de um perfil-doente para o trabalho

O esquema de racionalização do trabalho não foi uma novidade como técnica de adestramento do corpo, mas foi, no momento da sua emergência, eficaz na vinculação entre trabalho, moral, virtude e saúde. Nesse entendimento, não é apenas o fazer que se focaliza, mas a criação de um modo de subjetivação do ato de fazer, ou seja, a composição de uma subjetividade para o trabalho que, utilizando dispositivos disciplinares, diluídos na sociedade,

"dissocia o poder do corpo, faz dele por um lado uma aptidão, uma capacidade que ela procura aumentar e inverte, por outro lado, a energia, a potência que poderia resultar disso, e faz dela uma relação de sujeição estrita. Se a exploração econômica separa a força e o produto do trabalho, digamos que a coerção disciplinar estabelece no corpo o elo coercitivo entre uma aptidão aumentada e uma dominação acentuada". (Foucault, 1977: 127).

É nessa articulação entre trabalho e corpo-trabalho que a saúde se torna uma questão para o progresso e a evolução social. De um lado, tal idéia pressupõe técnicas coletivas de intervenção para higienizar e moralizar os trabalhadores; e, de outro, instiga reivindicações por melhores condições de trabalho, acesso aos cuidados médicos e indenizações em caso de doença ou acidente de trabalho. Lutas, perdas e vitórias descrevem essa história, em que algumas conquistas são expressivas: jornada de oito horas, férias e adicionais por horas extras de trabalho; leis relacionadas ao acidente de trabalho; leis sobre o trabalho de mulheres e crianças; leis sobre melhorias ergonômicas nos locais de trabalho; medidas de prevenção de acidentes.

Esses ganhos, sempre efetivados pela participação solidária dos trabalhadores, são as expressões coletivas do combate nas relações saúde e trabalho.

Essa mesma luta, no entanto, torna-se frágil quando a doença do trabalho é instalada. Além da estratégia do silêncio, muitas vezes arma dos vencidos e dos vencedores, o que se observa é a demissão sumária.

Assim, plagiando o princípio taylorista "o homem certo no lugar certo", defrontamo-nos com a construção de "um certo sujeito-produtivo para o lugar certo da saúde", em que o sujeito-doente, preconcebido e legitimado como inútil ou incapaz, é afrontado pela impossibilidade do nexo da doença com o trabalho.

São construções de um perfil que sedimenta e cristaliza características, disposição e natureza de um corpo-doente. Comumente, essas são incorporadas pelo próprio trabalhador com LER como reflexo de um espelho, onde se reconhecem, também, em discursos legitimados na sociedade, como "perfeccionistas e exigentes, de grande eficiência em suas atividades, sentimentos de extrema lealdade, baixa estima e sentimentos exagerados de culpa" (Moreira e Carvalho, apud NTAI/INSS/1977). Se essa, no entanto, é uma descrição do perfil do sujeito predisposto para as LER — como diz o autor da pesquisa a respeito de seus pacientes com fibromialgia e como se apropria do tema o INSS —, podemos inquirir se não seria também o perfil dos sujeitos moldados para ocuparem o lugar certo do sistema de racionalização do trabalho de herança taylorista. Tal procedimento também pode ser observado quando o atual modelo japonês investe em uma subjetividade perfeccionista, inquieta, disciplinada e atenta. Modelo que, conforme Gorender (1997), ressalta:

"o *Kaizen* — norma de aperfeiçoamento ininterrupto, a qual fustiga o empregado com a inquietação da busca incessante. O objetivo de zero-defeitos, visando à qualidade ótima da produção, disciplina os trabalhadores na medida em que lhes impõe concentração mental estafante na tarefa a realizar. A tudo isso adiciona-se o *Andon* — dispositivo visual que orienta os trabalhadores de cada seção a respeito do ritmo de trabalho e permite à gerência acelerá-lo quando conveniente". (Gorender, 1977:319).

Os dados da perícia médica do INSS-RJ que analisamos apontam também um tipo de esquadrinhamento do sujeito, no sentido de um código que poderíamos denominar "sujeito-doente" em LER ao fixar, no (pre)conceito de uma natureza

humana, de forma generalizada entre os trabalhadores lesionados, a constituição mórbida de uma tipologia codificada como ansiosa, tensa, obsessiva, histérica, entre outros rótulos. Ou ainda de natureza simuladora, representando pessoas que fingem estar doente para não trabalhar. Dessa forma, estrategicamente, a análise do nexos acerca da doença do trabalho vincula noções psiquiátricas de degenerescência mental, orgânica e social, selando na natureza humana o seu próprio destino.

A polêmica das LER , põe em xeque o campo da doença do trabalho, e extrapola a própria discussão diagnóstica. Seu desdobramento cria passividade, ao expandir a ilusão de um trabalho asséptico, sem doenças e sem paixões, sem resistências do corpo, ao descontextualizar no processo da enfermidade o ritmo intenso das atividades, a precariedade do processo de trabalho diante das demandas de saúde do trabalhador e a da irracionalidade da produtividade sem limites.

O território da doença relacionada ao trabalho: O corpo e a medicina nas LER*

Marilene Affonso Romualdo Verthein¹

Carlos Minayo Gomez²

Resumo:

O texto toma como referência à classificação das Lesões por Esforços Repetitivos na categoria de *doença relacionada ao trabalho* datada de 1997, quando o Instituto Nacional de Seguridade Social investia na mudança do nome LER para DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho). Neste espaço discutem-se as estratégias da negação do nexos como uma produção de silêncio do corpo que adoece em função do trabalho. Apresenta-se o contexto histórico da conceituação de corpo e de doença e as várias leituras que ao se atualizarem vão compondo e decompondo os movimentos de criação e/ou cristalização desse território. Finalmente, aponta-se a doença como resistência do corpo aos seus constrangimentos.

Summary

The text takes as reference the classification of the "Lesões por Esforços Repetitivos" in the category of disease related to the work that is happened, in 1997, when the National Institute of Social Security invested in the name change of *LER* for *DORT* ("Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho"). In that space it is discussed the strategies of the denial of the connection as a production of silence of the body that gets sick in function of the work. It comes the historical context of the body and of disease concept, and the several readings that being modernized is going composing and decomposing the movements of creation et/or crystallization of that territory. Finally, the disease is pointed as resistance of the body to its constrained.

* Artigo publicado. Verthein, M. A. R. & Gómez, C. M. *O território da doença relacionada ao trabalho: o corpo e a medicina nas LER*. Physis – Revista de Saúde Coletiva. Volume 10, número 2, 2001.

¹ Doutoranda do CESTEH/ Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ. Prof^ª do Departamento de Psicologia/ Universidade Federal Fluminense. marilenevt@ig.com.br. Tel. 609-2056.

² Prof. Doutor pesquisador titular do CESTEH / Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz. minayogo@ensp.fiocruz.br.

Introdução

A classificação das Lesões por Esforços Repetitivos na categoria de *doença relacionada ao trabalho* ocorre, em 1997, quando o Instituto Nacional de Seguridade Social investe na mudança de nome de LER para DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho). A mudança, que foi discutida com profissionais de saúde, pesquisadores e sindicatos, apontava para o desdobramento da análise desse processo de adoecimento no âmbito da psicossociologia, da epidemiologia e da ergonomia. Tal procedimento atenderia às reivindicações de médicos e trabalhadores para que se desse maior atenção ao estado de sofrimento psíquico desses pacientes.

A denominação *doença relacionada ao trabalho* destacou-se, na década de 80, quando os trabalhadores lutavam por obter reconhecimento e indenização acidentária pelos distúrbios psíquicos que os acometiam em função das suas condições de trabalho. Reivindicavam que as enfermidades físicas ou mentais fossem classificadas como doenças do trabalho se desenvolvidas em função das atividades realizadas pelos trabalhadores. O termo DORT parecia atender a esta expectativa, mas a reapropriação desse território pelo INSS, nos anos 90, reverte a idéia, enfatizando com o conceito de distúrbio a noção de uma doença adquirida por predisposição do sujeito. Este deslocamento coloca em questão a decisão, também do INSS, de 1987 e de 1991, de as LER serem classificadas como doenças do trabalho.

Entendemos como território da doença relacionada ao trabalho um espaço de prática - vivências, comportamentos, investimentos, percepções. São formas de pensar e agir que constróem saber/poder como também forças de resistência para recompor determinadas relações sociais. Queremos problematizar, aí, as estratégias da negação do nexos das LER como uma produção de silêncio do corpo que adoecer em função do trabalho. Tal caminho exige pensar o vigor do contexto histórico na conceituação de corpo e de doença que se atualizam na composição ou decomposição do movimento desse território.

Tomando como fonte de informação os documentos específicos elaborados pelo Ministério da Previdência e Assistência Social, podemos visualizar, alguns conceitos utilizados pelo próprio INSS para melhor entendermos sua definição de

doença do trabalho e de doença relacionada ao trabalho, considerando, principalmente, os seus aspectos de diferenciação.

A Portaria nº-4062, de 06/08/87, reconhece a tenossinovite como doença do trabalho, categoria definida para a doença:

"Adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente".

No "Projeto Estabelecimento de Nexo-Técnico" - OS/INSS/Nº149/93 e OS/INSS/DSS/Nº251/93, esta definição de doença do trabalho é complementada por uma definição negativa dada pela Lei nº 6367, de 1976, parágrafo 4º, do artigo 2º, retomada pela Perícia Médica do INSS com a seguinte redação:

"Não pode ser considerada como doença do trabalho: a doença degenerativa; a inerente ao grupo etário; a que não produz incapacidade laborativa; a doença endêmica".

O Decreto nº 2172, de 05/03/97, que trata do Regulamento dos Benefícios da Previdência Social ratifica esta definição. A Norma Técnica de Avaliação da Incapacidade, de 1997, para fins de benefícios previdenciários, utiliza a noção da doença relacionada ao trabalho incorporando os adendos anteriores. A nova redação, não se refere explicitamente à "doença do trabalho"; mantém, entretanto, essa figura ao referir-se aos DORT como doença relacionada ao trabalho, que seriam conceituadas pelo INSS como:

"Muitas doenças caracterizadas como distúrbios neurovegetativos. Doenças cujo nexo não está bem definido, aquelas não inerentes a uma ocupação mas que acometem vários grupos de trabalhadores, mantendo sua determinação no trabalho".

Essa nova Norma Técnica vem responder à preocupação do INSS com a elevação do número de casos de LER, o aumento do número de desempregados e a redução orçamentária da Previdência Social em relação à saúde. Em consequência,

criam-se outras diretrizes na determinação dos benefícios abrindo um outro campo de possibilidade de definição dessa doença.

Das mudanças, falam os médicos do INSS/RJ:

"Nós não estamos em hora nenhuma, pelo menos aqui na Perícia Médica, questionando se o doente ou segurado está ou não está doente". (médico perito do INSS/RJ)

"Nas LER a gente levava em consideração aquelas tendinite, tenossinovite, doença de Quervain etc... e na DORT já fala em cervicobraquialgia e em outras lesões do resto do sistema osteomuscular". (médico perito do INSS/RJ)

O propósito da Perícia Médica é definir, baseando-se em laudos diagnósticos, a concessão/negação do nexos da doença com o trabalho e conceder o benefício que será devido ao trabalhador. Da classificação dos benefícios podem ser destacados:

- ⇒ Auxílio doença (B31) – concedido a trabalhadores doentes em caso de qualquer doença que leve à incapacidade no trabalho;
- ⇒ Auxílio-doença acidentário (B91) – concedido a trabalhadores doentes e com incapacidade para o trabalho, se, e somente, se caracterizar uma doença adquirida em consequência do trabalho. Será pago quando o nexos for confirmado pelo médico perito;
- ⇒ O auxílio acidente (B94) - concedido como seguro mensal e vitalício, se as seqüelas das lesões decorrentes do acidente de trabalho implicarem em redução da capacidade funcional.

Observamos, em nossa pesquisa no INSS/RJ, que, em relação aos DORT, a atividade da perícia fica restrita à análise da concessão/negação do benefício B31, já que a categoria de doença do trabalho é, em termos práticos, afastada. Duas tendências evidenciam-se na análise diagnóstica:

- ⇒ A afirmação de uma ou várias formas clínicas das LER e a negação do nexos da doença com o trabalho;
- ⇒ A re-configuração das várias formas clínicas das LER em quadros de doenças degenerativas ou reumáticas e a negação de que o processo de adoecimento tenha nexos com o trabalho.

Nos casos de LER, o estabelecimento do B31, em detrimento do B91, representa a negação do nexo. Esta tarefa realizada pela Perícia Médica não é uma tarefa simples, pois vários fatores extrapolam um diagnóstico médico diferencial.

"Na perícia médica, o paciente já chega se sentindo mal e a gente tem que resolver o problema dele e não é tão simples, porque a gente não vai conceder licença a todo mundo que se acha doente. A gente tem que selecionar aquilo que é doença que gera incapacidade ou não, então gera uma relação de atrito". (médico perito do INSS/RJ)

O termo incapacidade no ponto de vista do INSS/RJ não referenda propriamente o nexo da doença com o trabalho, pois o trabalhador pode ser portador de uma doença que o deixa incapaz; ter adquirido esta doença no exercício do trabalho, mas não obter o reconhecimento da Perícia Médica de sua condição na classificação do benefício B91.

Dois casos, contados pelos próprios trabalhadores, podem exemplificar esse ponto:

"A Caixa sempre teve convênio com o INSS. Eles mandam tudo; a gente só vai para fazer a perícia. Aí, o médico do INSS - como o médico do convênio que fez a Comunicação do Acidente de Trabalho não havia colocado os três diagnósticos: tenossinovite, tendinite e síndrome do túnel do carpo, mas só a STC - ele negou o acidente de trabalho, dizendo: 'Ah! Se o médico tivesse posto na CAT os 3 laudos, eu teria dado Acidente de Trabalho'. Aí, eu perguntei: 'Mas, doutor, não tem o laudo do meu médico assistente, porque ele fez a CAT e também colocou. Não está aí com o senhor? O senhor não pode ver? Foi só um erro de transposição porque o convênio só copiou o que o meu médico que está me tratando havia colocado'. E o médico do INSS responde: 'Ah! Não, isso aí é congênito'. Aí mudou o negócio, já era

congenito, que eu nasci com esse negócio no braço. Isso ah!... não dá para aceitar, não". (trabalhadora)

"Você teve problemas com o gesto profissional. Mas no meu caso foi feito tudo direitinho, não tive nenhum problema com a empresa (CEF). Mas, no entanto, o INSS, também negou. Sempre arranjam um pontinho, aqui ou ali, para dizer que não pode. Quer dizer, você quer lutar pelos seus direitos e você não consegue". (trabalhadora)

Foi focalizando estes "*pontinhos*" que são utilizados pela Perícia médica "*aqui e ali, para dizer que não pode*" estabelecer o nexos que mapeamos as correntes contra e a favor sobre o tema, no INSS, e as estratégias da recusa das LER. Consideramos que este campo de descaracterização do nexos da doença com o trabalho, tornou-se possível dentro de definidos contextos históricos configurados em determinados saberes sobre o corpo. Estes saberes, maximizados na relação social de trabalho, afirmam a crença do "*corpo capaz para o trabalho*".

A discussão das LER, INSS/RJ: correntes contra e a favor

São as estratégias e os entendimentos do ato de decidir sobre o nexos que consideramos estarem construindo e fazendo funcionar o território da doença relacionada ao trabalho, nas LER, com suas regulagens, padronizações, continuidades, discontinuidades. Esta construção passa por discussões polêmicas no INSS/RJ e outros Estados e pela busca de um difícil consenso.

As falas dos médicos expressam a busca desse consenso:

"Tivemos reuniões, para normalizarmos uma conduta uniforme. Recebi material: sobre Norma Regulamentar e sobre DOR". (médico perito do INSS)

"Está havendo uma discussão ampla junto ao próprio INSS para aqueles profissionais cuja formação não é a especialidade de ortopedia, para que a gente tenha um critério coerente e um critério único. Para que a gente não venha a tomar decisões, de

repente, não fundamentadas ou que, pelo menos, não venha a ter uma discussão geral ou uma orientação pela própria instituição que é o INSS. É uma situação [a LER/DORT ser ou não doença do trabalho] que nós temos pedido, várias vezes, de que haja uma diretriz". (médico perito do INSS/RJ)

"O que nós estamos buscando, aqui no RJ, é que todos tenham o mesmo entendimento, para que a Perícia Médica tenha a mesma definição. Não um posto com um trabalho e outro posto com um trabalho diferente". (médico perito do INSS/RJ)

Agir em nome de um discurso uníssono e legítimo não significa que exista menos polêmica nas questões das LER, entre os peritos, os trabalhadores, os profissionais de saúde ou o sindicato.

"Essa é a nossa evolução e o nosso sentimento de que nós precisaríamos ter uma melhor discussão para que a gente pudesse ter as definições de critério denexo ou não, mais homogêneas ou, pelo menos, melhores estabelecidas. Eu acho que, em alguns momentos, essa definição está sendo personalizada ou, pelo menos, um tipo de posto, um tipo de profissional... acho que nós temos ainda algumas dificuldades em relação a isso. Dependendo do perito ou dependendo de quem vai dar o nexo, nós podemos ter opiniões um pouco diferentes". (médico perito do INSS/RJ)

As incertezas são muitas. Uns desacreditam nas LER como doença do trabalho, outros acreditam, mas questionam a lesão ou a repetição como etiologia desse adoecimento e ainda outros, sentem dificuldade de associá-las a um quadro já definido de lesões osteomusculares.

"Em alguns casos está se tornando bastante difícil se caracterizar isso. O tempo no trabalho é um dos fatores agravantes para o desenvolvimento de uma doença profissional. Mas existem variações de pessoas para pessoas, sensibilidade maior ou menor,

peessoas desenvolvem ou não alguma doença no trabalho; e têm outras que não desenvolvem. A questão da LER, eu acredito que hoje ela é questionável como uma síndrome. Algumas correntes acham que as LER, não existem. Sim, você continua tendo uma tendinite, uma sinovite ou outros problemas orgânicos não dependentes efetivamente de uma atividade de esforço repetitivo".
(médico perito do INSS/RJ)

Correntes contra e a favor configuram as análises diagnósticas das LER. Dentre as dissidências destaca-se o trabalho da perícia do INSS de Minas Gerais. Este é acusado pelo INSS/RJ de ser "*mais abrangente no entendimento da doença do trabalho*", por ter concedido um número maior de benefícios acidentários para os trabalhadores com LER. Essa diferença de encaminhamento tem sofrido pressões e capturas em âmbito nacional:

"Aconteceu um congresso, se não me falha a memória, ano passado com o grupo mineiro, com o grupo do Brasil todo. Mas para poder avaliar o que é que MG estava fazendo, o que é que MG estava entendendo por isso... e parece que estava havendo, não digo benevolência, mas um entendimento mais abrangente do que é uma doença profissional ou não. Estão revendo estes conceitos para que a gente tenha um entendimento a nível Nacional único, para que a gente não tenha um Estado com um entendimento diferente e que facilitando ou, de repente, agindo diferente dos outros Estados da União". (médico perito do INSS/RJ)

Se não pretendemos generalizar a idéia de que todo trabalho prescrito é lesivo para a saúde e que a saúde seja uma prescrição de produtividade ininterrupta, acreditamos, menos ainda, que possa ser generalizada a lógica de entendimento onde a doença mede-se pelo *grau de incapacidade*, via análise da inutilidade, dos constrangimentos e da impotência do corpo, reafirmando a inexistência do nexo entre a doença e o trabalho.

"Existia uma equipe de profissionais mexendo na área do trabalho, única exclusivamente, para caracterizar as lesões por esforços repetitivos, se eram ou não causadas pelo trabalho. Certo? Estatisticamente, em Minas Gerais, deu uma guinada. Havia uma maior tendência a dizer que era uma doença profissional e isto está sendo discutido". (médico perito do INSS/RJ)

Esta busca constante de um consenso no sentido de negar o nexo das LER com o trabalho, tem como recurso o desenvolvimento de algumas estratégias de recusas específicas que podem ser observadas na atividade da perícia médica do INSS/RJ.

Estratégias para a recusa do nexo

Podemos observar que várias estratégias são articuladas com o objetivo de dissociar corpo-doente e trabalho, via concessão/negação do nexo. O depoimento de um profissional do Núcleo de Saúde do Trabalhador da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro ilustra bem o modo como a questão financeira atravessa esta discussão:

"O INSS dificulta o diagnóstico. Eu acho que essa dificuldade de diagnóstico está relacionada com o fato do INSS hoje estar querendo privatizar essa parte do seguro acidente. Aí, quanto maior dificuldade você tiver em fazer o diagnóstico, melhor, porque o seguro não quer pagar. O seguro tem que dar lucro e quanto mais você botar o pessoal de fora, se você não faz o diagnóstico na época você não entra no INSS, então a estatística cai. Cai o número de beneficiados... - parece até que isso é um grande benefício; esse nome é horroroso; isso não é benefício nenhum". (Profissional de saúde do NUSAT)

O fator financeiro legitima o auxílio-doença não como um direito, mas como um prejuízo a ser controlado e administrado. Neste caso, o recebimento do benefício atende a uma expectativa de resguardar o trabalho como um valor moral, devido por aquele que atende ao bem-estar social geral da população. Mas poderíamos questionar: Quem merece o benefício? Por que adoecer desmoraliza o trabalhador? Que relações de força levam o trabalhador a continuar no trabalho, mesmo doente, negando a vida em prol de um lugar na sociedade ativa? Como são negociados lucros e prejuízos na distribuição do benefício previdenciário?

O prejuízo está relacionado com o tipo de *benefício* concedido, assim diz um médico:

"Se você caracterizar, hoje, que é uma doença profissional, o segurado teria direito a um auxílio, ou, pelo menos, a uma situação próxima a 100% dos vencimentos dele. Quando você caracteriza um auxílio doença, você tem o cálculo, hoje, baseado nas últimas 12 ou 36 contribuições. O que acontece? Você teria uma remuneração menor, respectivamente. Então, esse é um ponto que também precisa ficar bem caracterizado, para que o trabalhador não venha a ter um prejuízo financeiro ou econômico". (médico do INSS/RJ)

Alguns documentos são analisados para justificar a recusa do nexo, uma vez que o processo de encaminhamento pode evitar prejuízos financeiros e concretizar tecnicamente esta recusa. Entre eles, são destacados: os diagnósticos do serviço médico da empresa ou de médicos conveniados; as descrições das atividades do trabalhador, formalmente encaminhadas pela empresa, e a denominação da categoria funcional do trabalhador. Mas é a Norma Técnica para Avaliação da Incapacidade, de 1993, revisada em 1997, que irá normatizar a negação do nexo ao tratar do indeferimento do auxílio-doença acidentário em duas situações específicas:

- ⇒ Por inexistência de incapacidade, com parecer da Perícia, fundamentando tecnicamente a recusa. Neste caso, não se configuraria a doença para fins de benefícios pecuniários;
- ⇒ Com assegurada incapacidade, porém, sem nexo caracterizado.

Na prática, argumentando que a empresa negligencia a sua responsabilidade em relação à saúde do trabalhador e que o empregado espera receber benefícios que nem sempre merece, o médico perito nega o benefício:

"A empresa não liga para a saúde do trabalhador, liga para a saúde do bolso do trabalhador e agora então, com o desemprego em massa, isso aqui enche. Porque o trabalhador está perdendo emprego, ele vai para o INSS. Já que ele pagou, tem na idéia dele que ele descontou a vida inteira, então, agora, ele tem que ser ressarcido. Não é isso. Um problema social enorme, uma entrada de requerimento de benefício enorme, o nosso trabalho aumenta, a gente tem que começar a negar mais". (médico perito do INSS/RJ)

"O INSS, na realidade, é uma grande seguradora". (médico perito do INSS/RJ)

"Não vai conceder licença a todo mundo que se acha doente". (médico perito do INSS/RJ)

Para "negar mais" o médico perito agiliza outras estratégias. Por exemplo, nega o nexo quando avalia pedidos de trabalhadores que não são formalmente registrados como digitadores, embora utilizem, ininterruptamente, o terminal de vídeo. Este hábito baseia-se na antiga regulamentação da Portaria do Ministério da Previdência Social nº 4062, de 1987, que diagnosticava como Tenossinovite por esforços e movimentos repetitivos somente quando provenientes da função de digitadores. Em 1991, esta legislação foi ampliada pelo Decreto 375/91, quando o conjunto das Lesões por Esforços Repetitivos foi reconhecido como doença do trabalho. Admitiu-se que o avanço da tecnologia e da computação estendeu o exercício da digitação a várias outras funções que tratavam, armazenavam e informavam dados por meio do computador. E, desta forma, outras funções que apresentavam tarefas repetitivas foram também indicadas na categoria de risco. Porém, o ato da perícia médica considera a digitação, formalizada no papel profissional, como código-chave para análise da existência do nexo, desconsiderando a ampliação da Lei.

Outra estratégia da negação do nexó faz-se pela interpretação e uso particular da Norma Regulamentar nº 17. A Delegacia Regional do Trabalho reedita em 1990 a NR 17, pela Portaria nº 3751, referente aos aspectos ergonômicos do uso específico de terminais de vídeo, regulamentando cota de produção e pausas, posto de trabalho e equipamentos. Estas prescrições, que a princípio serviriam para normatizar a otimização das condições de trabalho em relação às condições físicas e mentais dos trabalhadores, são codificadas como dados em si de garantia inquestionável de um trabalho não repetitivo e com paradas apropriadas para o descanso.

Duas análises configuram esta linha de pensamento: 1) a empresa cumpre as exigências da NR.17, o trabalhador adoece, mas o nexó não é afirmado porque o trabalho executado dentro do prescrito pela Lei não faz adoecer. Desta forma, se as exigências de um trabalho asséptico foram estabelecidas e o processo de adoecimento acomete o corpo do trabalhador, o problema é deste corpo; 2) a empresa não cumpre a norma e o trabalho é executado fora dos padrões de segurança; o trabalhador adoece e o nexó também é negado, porque, para o perito, houve uma negligência em relação às possibilidades do adoecimento. Como a negligência é da empresa, o adoecer não caracteriza laços necessários com a atividade do trabalho em si, mas com a segurança de um trabalho que é sucateado pela empresa e que acomete um corpo desavisado e, sendo assim, concluem, não há como onerar o INSS.

Entre a exigência da Lei e a negligência da empresa, o trabalhador é o "segurado". Mas, por outro lado, este "segurado" desaparece na "(im)previdência social" (Oliveira e Teixeira, 1989), que não quer correr o risco do ônus de um processo de adoecimento. Esta discussão pode entrelaçar várias questões, onde a noção de capacidade para o trabalho está associada, historicamente, a uma assepsia não só dos locais de trabalho, mas do corpo no trabalho. Algumas destas noções podem ser questionadas: Que concepção de doença permite a negação do nexó em quase todos os casos de LER e como o fato de tornar-se *incapaz*, em nenhum momento, assegura a esses trabalhadores a concessão do auxílio-doença acidentário? Que estratégias de saber/poder funcionam para que os diferentes tipos diagnósticos das LER, mesmo se confirmados, possam ser classificados pelo INSS como "doença comum", isto é, passível de acometer a população em geral e, consequentemente, sem relação com as condições de trabalho de quem adoeceu?

Para os peritos, é necessário evitar que a concessão do auxílio-doença acidentário seja manipulada para ganhos secundários dos trabalhadores em período de crise econômica e social, caracterizando a avaliação médica da capacidade laborativa de modo peculiar. Diz o médico:

"O que nós temos que deixar bastante claro é que a perícia médica é uma avaliação médica e de capacidade laborativa e não uma situação social, onde várias instituições que estão sendo privatizadas (ex. Banerj, BB que está reduzindo e outros)... venham buscar o profissional da perícia como uma forma de segurança para o seu futuro". (médico perito do INSS/RJ)

Não há ênfase no diagnóstico da doença, mas na avaliação do grau de incapacidade do segurado. Tal procedimento pauta-se na idéia de uma neutralidade técnica.

"A perícia é uma forma técnica de liberar benefício por doença, doença grave. E para a caracterização crítica, digamos assim, na avaliação do grau de doença, do quanto isso é incapacitante para o segurado ele tem que fazer uma perícia (...) não faz diagnóstico, não faz tratamento, a gente só avalia o grau de incapacidade do segurado. Quanto tempo, provavelmente terá esta incapacidade e qual o grau. Se ela permite retornar a atividade laborativa ou não". (médico perito do INSS/RJ)

O grau de incapacidade do segurado, ao servir de parâmetro para o diagnóstico de uma doença do trabalho, torna necessária a associação dicotomizada entre trabalho/saúde e corpo incapaz/doença. Essa doença tida como incapacidade, que nos parece tão conhecida, não é natural. Foram contextos históricos definidos e interesses sociais delimitados que a inventaram.

A doença como inutilidade

A possibilidade de a doença ser inscrita no registro do inútil surge, no século XVIII, com a emergência do corpo como foco do bem e do mal. Nessa época, há um deslocamento importante do olhar médico sobre o corpo que comporá dois movimentos: de um lado, o corpo como objeto de conhecimento e, de outro, uma linguagem que fala deste conhecimento sobre o ser, a partir de uma nosografia política aderente ao contexto social da época.

Vemos, então, emergir no século XVIII o que será ratificado nos séculos seguintes: a associação entre saúde/trabalho e corpo/doença. E, com a consolidação do capitalismo, afirma-se a vinculação que vivenciamos, hoje, entre saúde e capacidade para o trabalho. Segundo Herzlich, essa associação não correspondeu a um processo natural, mas a um processo sócio-histórico que fez emergir no campo da medicina uma nova conceituação de saúde, onde o seu avesso, a doença, tornou-se *“uma condição socialmente reconhecida e legítima de inatividade”* (Herzlich, 1986:206). Assim, a partir deste século, criou-se a necessidade de um cuidado médico para restaurar o "corpo-trabalho" atendendo ao processo produtivo. A condição de inatividade posteriormente será reconhecida pelo médico do trabalho, para exercer a função de detectar, diagnosticar e barrar o corpo doente dos trabalhadores. Tal procedimento não aconteceria de forma pacífica. Vários movimentos operários surgiram reivindicando melhor qualidade de vida, já deixando claro que a percepção de saúde, medida pela dicotomia doente/não-doente, não era tão hegemônica, mesmo que resoluções excludentes e mercenárias fossem, ao longo dos anos, empreendidas.

São exemplos de resoluções excludentes e mercenárias no trabalho: as demissões de trabalhadores após o diagnóstico de uma doença; a negação freqüente do nexo da doença com o trabalho; a atitude do médico de não registrar o diagnóstico da doença para não onerar nem a empresa como responsável nem as seguradoras.

Consideramos que esta exclusão também foi observada na nossa pesquisa desenvolvida na Perícia Médica do INSS/RJ quando os peritos tendiam a descaracterizar as LER negando, de uma forma cada vez mais aguçada, sua condição de doença do trabalho.

"LER é um termo em desuso. Está começando a ser provado que as dores e lombalgias que as pessoas alegam não são LER. Mudou

para DORT. Na CAT deve ser LER/ DORT". (médico perito do INSS/RJ)

Mudanças que não passam despercebidas dos olhares ao redor, diz uma funcionária do INSS:

"A função da Perícia Médica era essa, homologar processos de B31 para B91; que agora acabou, porque saiu uma nova Lei do Ministério da Previdência... Faz perícia de B31 todos os dias. De B91 e de LER, é que, até o presente, não faz mais, não. Os casos de LER estão todos parados". (funcionária do INSS)

Este encaminhamento do nexu em relação às LER torna-se um recurso cada vez mais sofisticado ao servir para negá-las como doenças do trabalho, pois além de apagar suas inscrições e histórias anteriores, vai construir um espaço de subjetividade para o trabalhador ao circunscrevê-lo em um perfil: é estável e não-doente o corpo que continua a trabalhar, mesmo com as *restrições*. O DORT é diagnosticado, na Perícia Médica, mas:

"A pessoa não tem atrofia nos membros superiores ou nos membros inferiores - que pode dar em qualquer segmento; não tem bloqueio articular, não tem diminuição da força tá... não tem, digamos assim, edema ou inflamação visível, então, ela pode manter a atividade laborativa, claro com alguma restrição - pequena restrição porque ela não tem alteração que impeça ela de trabalhar. Então é o mesmo esquema: pode ter o diagnóstico de DORT, digamos assim, porém a pessoa está estável". (médico perito do INSS/RJ)

Neste caso, para a Perícia, há ligação entre corpo e trabalho se "*a pessoa está estável*" e é capaz, mesmo com o diagnóstico de DORT. Por outro lado, se as alterações o impedem de trabalhar, não há nexu, porque o corpo, agora inútil, não compõe com o trabalho, mas com o *sujeito que adoece*. Desta forma, forja-se a falsa

distinção entre doentes e doenças, separando o corpo que adoece do sentimento sobre o seu estado. Teríamos, nestas dicotomias, doenças sem doentes (incapazes que se sentem capazes) e doentes sem doença (capazes que se sentem incapazes). Nesta lógica de capitalização da saúde não há trabalhadores doentes, mas sujeitos que adoecem, tomados genericamente, pelo INSS, na classificação de segurados. Assim, vai sendo traçada, uma metodologia de ação racional e científica que pensa o trabalho como atividade que não afeta o corpo e pressupõe a saúde como ausência de doença ou disposição para o trabalho.

A saúde, na dimensão do corpo *capaz para o trabalho* ou na compreensão de um corpo-instrumento, atualiza o território do ideal-de-trabalhador e, principalmente, ratifica um perfil de um ser específico para a produção - estável, previsível, ordenado e submisso às leis da produtividade a qualquer preço.

Insistimos: não falamos de todo o trabalho nem de qualquer saúde no trabalho, mas de uma racionalidade no agir sobre o corpo que toma antigas formas de prescrição médica para normatizar regimes e condutas para a vida diária.

A medicina, desde a época clássica,

"Não era simplesmente concebida como uma técnica de intervenção que, em caso de doença, empregaria remédios e operações. Ela também devia, sob a forma de um corpus de saber e de regras, definir uma maneira de viver, um modo de relação refletida consigo, com o próprio corpo, com o alimento, com a vigília e com o sono, com as diferentes atividades e com o meio."
(Foucault, 1985: 106).

Uma intervenção médica que, funcionando para conduzir a autogerência vigiada dos corpos, passa, a partir do século XIX, a referenciar um corpo capaz para o trabalho e a imputar ao sujeito a responsabilidade do adoecer. Esta razão médica fixa no corpo o ônus pelo descuido de adoecer. Nesta mesma linha de pensamento, a pesquisa de Luz (1996) vai apresentar que os doentes são discriminados, moralmente, a partir da idéia de um corpo descuidado que se torna enfermo pelos próprios excessos.

Nesta associação dicotômica, de um lado, o trabalho e a saúde e, de outro, o corpo e a doença, vemos emergir um saber objetivando um poder (descarte do corpo-doente) pela produção de um corpo portador do mal (incapaz). São corpos produzidos por formações sociais, onde um exercício de poder micropolítico, difuso e não localizado, passa a ser estratificado por um saber e legitimado pela sociedade, à medida que se repete como *logos* no campo da saúde e da doença.

Este campo de pensamento, ações e sentimentos sobre a saúde individual ou populacional não se configuram apenas pelo saber/poder médico, mas, também, segundo Sontag, por representação social. A autora, estudando a doença como metáfora, afirma que:

"Toda sociedade, ao que parece, precisa identificar uma determinada doença, com o próprio mal, uma doença que torne culpadas suas vítimas (...) deixar de considerar a doença como um castigo adequado ao caráter moral objetivo, dela fazendo uma expressão de individualidade interior, poderia parecer menos moralista. Mas esses pontos de vista acabam por ser tanto ou mais moralistas ou punitivos (...) a idéia romântica de que a enfermidade exprime o caráter é invariavelmente ampliada para afirmar que o caráter é a causa da doença." (Sontag, 1984:60-61).

Se atentarmos para o fato de as LER serem doenças associadas a um perfil de morbidade, onde o indivíduo é descrito como obsessivo, minucioso e detalhista em seu comportamento frente ao trabalho, inferimos que as descrições desta doença, no campo moral, individualista e metafórico vão construir formas de subjetivação específicas. Podemos retomar nosso tema do silêncio do corpo-doente no trabalho quando constatamos, pelos matizes que são dados historicamente ao conceito de corpo, uma pre-conceituação de caráter mórbido.

Neste caso, a produção de uma *personalidade mórbida* ou, como nos falam os médicos do INSS, de uma *"pessoa predisposta ao adoecimento"* irá identificar o doente na sociedade, mas não o doente do trabalho. Um laudo do INSS/RJ exemplifica esta idéia:

"A seguradora é portadora de cervicobraquialgia difusa, osteoartrose difusa, cervical lombar crônica, doença degenerativa com o comprometimento cérvico braquial, não caracterizando a doença profissional. Nega B91". (laudo pericial)

A negação de doença do trabalho tem repercussões sociais na vida de quem adoece. Segundo Herzlich é a perda de um código identitário, pois:

"Na doença profissional o indivíduo conserva sua identidade: a doença corresponde para ele a uma integração social específica mais persistente; o papel de doente é um papel social". (Herzlich, 1986:203)

Para esta autora, a pessoa doente procura uma *identidade social* para sintomas e disfunções, que somente tomam sentido e se organizam em doença à medida que introduzem uma modificação na vida do doente e, conseqüentemente, nesta identidade. Estes critérios definem as relações de maior e menor gravidade da doença.

Concordamos com a autora quando afirma que o papel de doente do trabalho assegura uma *"integração social específica"*. Mas qual é a sua especificidade? Que códigos sociais de saúde, trabalho, corpo e doença são articulados em um papel que identifique o doente e o não doente, o doente do trabalho ou outro?

É importante observarmos que a incorporação de papéis identificatórios - produtivo, improdutivo, saudável, doente - imprime esquadrinhamentos de saber/poder sobre o corpo. São efeitos de poder frente a saberes que fixam como deve ser e se comportar um corpo, quer seja ele saudável, trabalhador ou doente para a sociedade. Efeitos de poder sobre o corpo que deve ser, como no caso das LER, reparado, ajustado, adaptado e treinado para o trabalho produtivo ou isolado quando fixado em uma *predisposição mórbida*.

A identificação da doença, no registro da predisposição, referendada pelo INSS/RJ, tem atribuído ao doente o papel de incapaz, tomando como parâmetro de saúde a capacidade para o trabalho. Talvez, daí, o relato de muitos pacientes sobre o desejo de voltar à identidade social perdida, no caminho desviante do seu processo

de adoecimento: “*quero voltar a ser a trabalhadora que eu era antes de ficar assim...*”. A doença, como inutilidade, toma o papel do avesso, do reverso e até, no limite, da morte social.

A morte social expressa, no caso dos pacientes com LER, esse sentimento de perda de identidade. Espelha, como sublinha Ribeiro (1997), a estranheza dos trabalhadores em relação a eles mesmos ao não se sentirem capazes de trabalhar e cuidar de si e dos outros, se culpando por isso; dos colegas de trabalho que os percebem trabalhando pouco ou mal e o acusam e, ainda, a dubiedade médica em relação a sua doença.

Em sua pesquisa sobre a atividade dos bancários em São Paulo, Ribeiro observa, que as análises pelo viés da predisposição tentam explicar a prevalência do gênero feminino, nas LER, mas “*podem alimentar preconceitos e discriminações e culpar os adoecidos dos dois gêneros por seu próprio adoecimento*”. (Ribeiro, 1997: 195)

Naturalizando-se as exigências do trabalho, continua, operar-se uma inversão quando “*a sujeição dos que trabalham ameaçados de adoecer se converte em fator individual de risco para a produção*”. (Ribeiro, 1997: 196).

Neste contexto, o processo de adoecimento revela sua condição histórica e social de violência pela submissão, mesmo que formas mais sutis de exigência de trabalho estejam sendo desenvolvidas. Pondera o autor, que há, na atualidade, uma modificação na apropriação do corpo, mas, ainda assim, a submissão é intensa e contínua, posto que, os espaços de mobilidade são estreitos e rígidos.

"O corpo continua sendo exigido, mas de outro modo. Os esforços são agora bem mais leves, mas contínuos, rápidos, dando a impressão de inocuidade, tal a leveza no manuseio das máquinas industriais e de escritório. E quando se requer mais destreza, exige-se mais atenção. O corpo, agora, sai pouco do lugar. Nesses trabalhos atentos, tensos e intensos, a cabeça e os olhos seguem os passos rápidos da produção, as mãos se movimentam, mais que o resto do corpo, e os braços as acompanham ou se deslocam em posturas mais ou menos rígidas para que elas executem as tarefas prescritas". (Ribeiro, 1997:186)

Neste caso, argumenta, opondo-se a essa idéia da predisposição nas LER, que a impropriedade nos casos de adoecimento não está na pessoa, nem no gênero, mas nas complexas condições de subordinação e hierarquização que são desenvolvidas no trabalho.

Do corpo devoto ao corpo-útil

Há muito tempo que as tarefas quotidianas respondem à exigência do controle dos próprios desejos. Na Grécia, esta contenção denominava-se temperança, onde o equilíbrio das forças internas e externas davam a medida do domínio e da liberdade do próprio corpo desejante e produtivo. Na Idade Média, o desejo era contido para ser reconstruído pelos desígnios de Deus. Apostando na *mortificação* da carne para o enriquecimento espiritual, o programa de *vida ascética* dos monges prescrevia "*tarefas repugnantes para evitar ao máximo os sonhos e a moleza do repouso*". (Gondar, 1990:27).

A eliminação do desejo acontecia pela manutenção do corpo em atividades sistemáticas e exaustivas. Assim, no mosteiro,

"Trabalho como um todo passa a sofrer uma série de marcações abstratas que regulam as atividades por intervalos de tempo, intercalando-se em tempo para a meditação, para as orações em conjunto e para o trabalho". (Gondar, 1990:27).

Aqui, a colagem entre corpo e trabalho é uma obrigação moral. O corpo exausto eleva a própria alma. Se, neste momento, essa associação servia à purificação da alma, ela atravessará os séculos servindo ao que será, no século XVII, invocado como dignidade humana.

No século XVII, novos olhares sobre o corpo serão proporcionados pelos estudos de Descartes, na filosofia, e de Newton, na física: Descartes, associando o corpo à idéia mecanicista de homem-máquina e Newton³, privilegiando a ordem, a

3 Newton In Prigogine, I. O fim das certezas: Tempo, Caos e Leis da Natureza. São Paulo: Universidade Estadual Paulista, 1996. P. 12. Ao contrário, argumenta Prigogine, na física do não-

estabilidade e a certeza do mundo, que abarcaria a previsibilidade da conduta humana.

É bom ressaltarmos que este homem-máquina será associado ao trabalho, não só por um sentido moral, como já vimos, mas também, conforme observa Weber (1985), por um "*espírito do capitalismo*", isto é, por uma base "*ética ascética do trabalho*", onde a ação é orientada para determinados fins em função de alguns valores. Desta forma, esta ética é compreendida como uma racionalidade de agir e pensar em busca de lucro que articula um ethos específico.

Assim, o trabalho deixa de ser uma tarefa executada pelo corpo para purificar a alma, e passa a ser um mecanismo estratégico ancorado dentro de um projeto ético (Weber, 1985) e construído com base na Reforma de Lutero, onde a idéia de evocar a ação propunha o cumprimento das tarefas como caminho para servir a Deus. O sujeito endividado para com Deus prestaria contas através do trabalho. Logo, cada cidadão, na sua interioridade, na sua condição de falta para com o Senhor, teria uma *dívida a pagar* trabalhando. No protestantismo de Calvino, a vocação de um homem eleito para a glória de Deus pode ser entendida como um *dever-ação ou devoção*, onde as tarefas servindo à vontade de Deus "*assim na terra como no céu*", racionalmente organizadas, poderiam prover "*o pão nosso de cada dia*" e articular o trabalho como uma *providência divina*.

Segundo Weber, esta idéia traz um projeto ético de subjetividade para o qual "*... não somente é absolutamente indispensável um desenvolvido senso de responsabilidade*", mas também, um senso de dever e vocação para o trabalho: um *sujeito* que ao se associar ao trabalho devoto tem como subsídio "*um longo e árduo processo de educação*". (Weber, 1985:39).

Pode-se talvez considerar que esse "*árduo processo de educação*" permitiu a passagem do corpo-devoção para o corpo-útil, isto é, corpo capaz para o trabalho. Pode-se ainda questionar de que maneira esses laços entre subjetividade e trabalho nos ajudariam a problematizar a noção de "*capacidade para o trabalho*" tão premente nas atividades da Perícia Médica do INSS/RJ que ora estamos analisando.

Esta capacidade não pressupõe uma natureza, mas um corpo disciplinado e controlado pelo exercício. Não um exercício qualquer, mas um exercício de poder

sobre os corpos para moldá-lo em corpo-útil e dócil para o trabalho. Esta tese foi defendida por Foucault, ao estudar, retratando a disciplina imposta aos corpos, no final do século XVIII e início do XIX, uma *anatomia política*. Uma mecânica de poder que, segundo o autor:

"Define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que se faça o que se quer, mas para que se opere como se quer, com as técnicas, segundo a rapidez e a eficácia que se determina. A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos dóceis" (Foucault, 1977:127).

Entendemos que, desta forma, uma anatomia de corpo-útil (capaz) e dócil para o trabalho articulava uma *economia de subjetividade* necessária à época.

Verificamos, a partir das atividades do médico perito do INSS, que a idéia de um corpo capaz vai dimensionar, além da utilidade, a noção de vida saudável. Neste caso, a aliança da saúde com a capacidade para o trabalho faz da medicina um instrumento de intervenção política por excelência. Se no séc. XIX a medicina e, mais especificamente, a terapia psiquiátrica julga como perigosos os comportamentos não incorporados à conduta regular e normal, no séc. XX, a medicina tomará o trabalho como referência para julgar o que considera normal ou anormal na sociedade, posto que:

"O trabalho não é mais apenas uma técnica terapêutica, mas constitui um fator fundamental para discernir entre indivíduo normal, socializado - que produz - e o anormal, degenerado - improdutivo" (Portocarrero, 1990: 5).

A doença como inutilidade permite alguns registros sobre o corpo. Já vimos a produção de um corpo assujeitado e sem resistência, no qual a dor e o sofrimento são sinais de degenerescência e/ou de fragilidade constitucional. Um outro registro, como veremos, é o sentido que aparece de um corpo-simulado: um corpo que se seduz pelo avesso do que é regrado como conduta *normal* e se apresenta fingindo-se de doente para não trabalhar. Este corpo, segundo uma leitura também regida pela

idéia de inutilidade, expressa-se como cópia desajustada e deslocada do referencial de saúde como matriz da capacidade no trabalho.

O registro, no INSS/RJ, deste corpo simulado passa pela controvérsia existente entre os sinais dos exames clínicos e dos exames de imagem. A transparência proporcionada pela foto imagem do corpo proporciona um novo caminho no processo de subjetivação deste corpo, no âmbito da doença relacionada ao trabalho. Neste caso, precisamos também entender de que forma a doença aparece na transparência do corpo-simulado.

A transparência do corpo-simulado

O trabalho "*De Morbis Artificum Diatriba*" de Ramazzini, em 1700, descrevia a *doença dos escribas*, que ficou posteriormente conhecida como *cãibra dos escrevões*, através da observação médica do uso do corpo dos trabalhadores, no caso, da musculatura exigida para o ato da escrita. Esse médico relata que posições forçadas e inadequadas do corpo vão produzindo, com o tempo, enfermidades corporais. Sendo assim, relata: a *doença dos escribas*, advém da sensação de peso e dores nas mãos, braços e ombros, pela concentração e tensão muscular estática, esforço repetitivo e sedentarismo.

Deste primeiro registro às polêmicas leituras atuais da linguagem do corpo nas LER, podemos notar dados de continuidade, quando os médicos atribuem a dor e o sofrimento à hipersolicitação osteomuscular e posturas inadequadas, mas também de descontinuidade ao codificarem, hoje, o processo de adoecimento com elementos orgânicos e de personalidade do trabalhador que, simulando dores - como dizem os peritos -, pretendem ganhos secundários. Estas leituras do corpo introduzem-nos nos referenciais de verdadeiro e falso da dor.

Pode-se dizer que, ao instituir sistemas de sinais, codificar e decodificar padrões de normalidade por critérios de falso e verdadeiro no registro da confissão da dor, o médico perito do INSS/RJ aborda categorias definidoras das LER, induzindo a crença de um falso juízo da própria dor, ou da própria doença. Assim, reinscreve-se, na Perícia Médica, a sigla **LER** como "*Lorota dos Espertos Remunerados*".

A idéia de um corpo que simula a própria dor interfere nas relações cotidianas dos trabalhadores com médicos, familiares, colegas de trabalho. Queixam-se os trabalhadores:

"o pessoal acha que estamos tentando enganar, que estamos mentindo..."; ou ainda, "alguns acreditam que me finjo de doente para não trabalhar". (trabalhadora)

Esta noção coloca o trabalhador que adoece em uma possibilidade de decodificação potencial, onde o que realmente importa não é a idéia que o médico tem a respeito do que escuta ou vê no exame clínico, mas da imagem que obtém, por uma tecnologia sofisticada - eletromiografia, radiografia, cintilografia, ultrassonografia, ressonância magnética - das queixas, dores e sofrimentos desses trabalhadores. Os médicos fazem a leitura do corpo a partir da transparência dele, ou seja, interpretam os seus sentidos pelas imagens que representam os fatores de adoecimento.

É a criação de uma medicina preventiva que utiliza em grande escala uma tecnologia sofisticada colocando a idéia dos exames complementares como o *ser sensível* capaz de informar sobre a iminência de uma doença que acomete um ser que ignora o próprio sentir. Neste percurso, a história dos males é revista na racionalidade médica atual: *"torna-se uma história médica e mesmo uma história tecnológica dos males"*. (Witkowski, 1985: 432)

A tomada do corpo pela sua transparência fica ancorada, na relação entre a medicina e a tecnologia. O corpo no cenário contemporâneo é o centro da pesquisa tecnológica das sensações. Como coloca Bruno (1999), entram em relação, na interação corpo-imagem, sensores, sons, imagens, câmeras reconfigurando tanto o espaço interno do corpo, quanto sua exterioridade em sua *"capacidade de expressão, afecção e conexão, para além da pele e dos limites territoriais naturais ou etológicos"*. (Bruno, 1999:99).

A observação, pelos aparelhos, da mobilidade dos fluxos do corpo através da imagem interior do corpo não apenas transforma a anátomo-fisiologia, mas, mais ainda, afeta a sensibilidade do observador e sua relação com a medicina. Introduce-se um outro habitar corpóreo na relação interior/exterior. O corpo como imagem para o

observador dos exames gráficos é um corpo de identidade continuamente modulada, mas pode apresentar, no registro médico, estatísticas fixas que codificam o saber/poder da normalidade.

Talvez, o médico perito, ao lançar mão da tecnologia como padrão para conceder/negar onexo, utilize a técnica para afastar, no processo médico-paciente, o que expressa o próprio sentir do corpo: pulsar, esquentar, gelar, endurecer, fraquejar.

Na Norma/97 há um alerta ao uso abusivo dos exames imagéticos. Diz o texto, que, embora a parestesia possa indicar o uso de eletromiografia para o diagnóstico diferencial, este procedimento *"tem alto custo, é evasivo e sem resposta conclusiva adequada para DORT"*.

Esta mesma Norma/97 postula que os diagnósticos dos DORT são *"eminenteclínicos"*, colocando a caracterização da dor como elemento imprescindível na sua avaliação diagnóstica e que, na análise comparativa desses dois exames,

"são minoria os casos em que os exames complementares apoiam o diagnóstico clínico". (Norma/97)

A afirmação da dor nas LER pode ser acompanhada nesse mesmo documento. A dor muito nos informa, de maneira geral, sobre o processo de um adoecimento. Pode ser, geralmente, insidiosa e pouco definida, mas também pode traduzir o comprometimento de um músculo, tendão ou nervo específico. A dor, como sintoma de doenças inflamatórias, pode indicar comprometimento das bainhas, das tendíneas e dos tendões por grande repetitividade e exigência de força e, neste caso, auxiliar na caracterização das tendinites, das tenossinovites e das epicondilites.

Não só a dor, mas outros elementos expressos pelos pacientes são também indícios para o diagnóstico clínico, como por exemplo, as alterações de sensibilidade. Por estes sinais podem ser detectadas as neuropatias compressivas, entre as mais conhecidas a síndrome do túnel do carpo e a lesão do nervo mediano.

A disparidade entre o exame clínico e os exames de imagem nos faz rever o deslocamento da postura do médico em relação ao ato diagnóstico. O estudo de Foucault no *"Nascimento da Clínica"*, esclarece-nos sobre a inscrição do corpo como objeto de saber médico. Segundo este autor, a clínica como fato histórico produziu

uma mutação no saber médico quanto ao entendimento do espaço corporal, redefinindo a compreensão do patológico e a articulação da doença com o corpo doente. O fato veio caracterizar o território da medicina moderna ao trazer a idéia de um corpo que adoece deixando para trás a idéia de doença como resultado de possessão demoníaca, ou castigo de Deus. O corpo humano em sua geografia anatômica passa a constituir o espaço sólido e visível da doença e fundamento para o discurso médico. Hoje, com as tecnologias das imagens, o espaço do corpo torna-se transparente e este poder de visibilidade sobre ele é ampliado em dimensões inimagináveis naquela época.

Os médicos peritos, a partir desta tecnologia de imagens, produzem não só referenciais de afirmação/negação do nexo em relação às LER, mas, principalmente, inventa mundos possíveis para a relação saúde e doença, e para a leitura dos corpos inscritos por ela. Corpos como imagens fugazes de trabalhadores temporários, domiciliares, avulsos, ou que trabalham (e que adoecem) por conta própria. Segundo os laudos médicos de negação do nexo, não são detectadas nos exames as imagens que possam materializar a dor e as queixas, esvanecendo, dessa forma, a possibilidade da doença do trabalho. Assim, de novo nos deparamos com a perplexidade do silêncio da doença do trabalho a que nos referimos no início do texto, e da igual volatilização da imagem do sujeito caracterizado como segurado.

Quem é o segurado acidentário para o médico do INSS? Não é o trabalhador que adoece, uma vez que a doença é diagnosticada e registrada nos laudos de requisição de nexo, que na maioria das vezes é negado. Também não é o trabalhador que fica incapaz de trabalhar, posto que a emergência da incapacidade não é associada à história de quem trabalha e adoece. Não são os trabalhadores que por muitos anos digitam e mostram marcas de enfermidade no corpo, pois não são reconhecidos como portadores de doença do trabalho.

Neste sentido, são ilustrativos os depoimentos de duas trabalhadoras:

"Tenho 18 anos como digitadora estou com isso há 3 anos, eu acho que é Acidente de Trabalho, porque eu adquiri isso porque estava trabalhando, não adquiri isso brincando, nem dentro de casa. Mas o INSS não reconhece, o processo está rolando há anos. Já estive

no Centro de Reabilitação Profissional, mas só pude ficar 4 meses porque estava cadastrada como auxílio-doença". (trabalhadora)

"O INSS negou o B91 dizendo que a doença era congênita. Tive diagnóstico de síndrome do túnel do carpo, tendinite e tenossinovite e ele disse que era doença congênita de nascença, que eu já tinha isso antes e não é verdade. Sempre fui uma pessoa saudável e nunca tive problemas com o meu braço". (trabalhadora)

Que limite de incapacidade necessitará mostrar o corpo para provar que está *verdadeiramente* doente e, principalmente, como associar ao processo de adoecimento a sua história de vida e trabalho? Qual a possibilidade de resistência do corpo no silenciar da doença do trabalho?

A doença como resistência do corpo aos seus constrangimentos

O estudo de Borges (1999) com trabalhadores bancários com LER mostra-nos uma representação, bastante enfática, do imobilismo associado a questões institucionais ou pessoais que podem nos ajudar a pensar sobre a produção do silêncio do corpo no território da doença relacionada ao trabalho. Diz o autor:

"Numa sessão de sociopsicodrama realizada com um grupo de doentes de L.E.R., houve a construção coletiva de uma imagem simbólica onde o trabalhador era impedido de andar para a frente por inúmeras forças que se localizavam em todas as partes de seu corpo, grudadas a ele, imobilizando-o (...) a doença imobiliza pela dor. Grande parte das relações interpessoais mediadas pelas instituições e organizações de produção e trabalho imobilizam pela exclusão" (Borges, 1999: 5-6).

Entendemos que esta imobilização do corpo necessita de estratégias de saber e poder que agem sobre ele, produzindo silêncio e que, além disso, não ocorrem, apenas, no espaço do corpo, mas são articuladas com investimentos sociais e

institucionais nas linhas de concepção do trabalho, da saúde, da doença, dos colegas de trabalho, das chefias, das famílias.

Mas quais seriam as forças de produção desse silêncio do corpo?

- ⇒ Aglomerado de hábitos e vivências que garantem a nós uma organização de mundo e uma identidade que delimita o corpo, única e exclusivamente, voltado para o trabalho;
- ⇒ Expectativa de viver um "*eu ideal*" produzido por códigos específicos de "ser capaz", demandado por determinada sociedade.
- ⇒ As vivências permeadas pelo medo da perda de referências sociais: medo da perda de identidade, medo da marginalização, medo da exclusão, etc...
- ⇒ A linha de vida dicotomiza-se entre o normal e o patológico, o útil e o inútil, o trabalhador e o doente, na referência como já vimos, do *ethos* da capacidade para o trabalho.

Nesta linha de entendimento, a doença é pensada pela limitação, isto é, como uma vida estratificada, identitária, onde a distinção entre um eu (dado) e um não eu (perdido ou não encontrado) condiciona a angústia, a ansiedade, a infelicidade, a impotência, o fracasso, a baixa auto-estima. Desses sentimentos fala uma trabalhadora com LER:

"Não quero ser vista como uma portadora de LER para sempre e tenho medo de que precise esconder a doença para ser aceita novamente como uma boa funcionária" (trabalhadora).

Sendo assim, outras questões se colocam: Como exceder a estas expectativas? Como distinguir a doença mórbida e inútil da resistência de um corpo aos seus constrangimentos? Como escapar às armadilhas de captura? Como pensar (agir) de outro modo?

A idéia de que os acontecimentos permeiam relações de verdade que se sucedem e produzem histórias, e de que outras verdades podem ser produzidas e outras histórias contadas e experimentadas nos faz pensar que a intervenção de poder no corpo, sempre encontra resistências. E, neste caso, como falar das resistências nas LER?

Acreditamos que os sintomas das LER podem ser analisados não como incapacidade ou simulação de um corpo que não quer trabalhar, mas como formas de resistência do corpo aos limites de sua expansão no trabalho. A doença como resistência colocaria em xeque as relações de poder envolvidas na saúde do trabalhador. Possibilitaria, portanto, o questionamento do ritmo intenso do trabalho; enfatizaria a precariedade do processo globalizado em atender às demandas de saúde; apontaria as estratégias de captura de gestos e afetos na delimitação do uso e abuso do corpo na produtividade configuraria a doença como um sinal, isto é, uma ruptura na continuidade dos constrangimentos do corpo.

Poderíamos reforçar esta idéia com a afirmação de Foucault de que a doença:

"Apaga, mas sublinha; abole de um lado, mas é para exaltar do outro; a essência da doença não está somente no vazio criado, mas também na plenitude positiva das atividades de substituição que vêm preenche-lo". (Foucault, 1968:24).

A doença pensada como resistência pode ser entendida como uma normatividade, se nos aproximarmos da idéia de Canguilhem (1990) quando afirma que *a doença não é somente desequilíbrio ou desarmonia*, mas uma forma de busca *natural de equilíbrio*. Nesta busca de equilíbrio, podemos apreciar que a doença, na relação de trabalho/corpo, joga contra a entropia crescente - no que concerne ao desgaste físico e emocional - e arriscamos a hipótese de uma desaceleração como índice de *normatividade*. Essa desaceleração criaria uma contra-norma ao ritmo, a aceleração e a cadência imposta pelo trabalho que faz adoecer.

Neste sentido, a experiência de viver estaria escapando de uma outra forma de normatividade habituada e aprendida pelos regimes e regras de condução da vida para atender à demanda de um trabalho de produção hiperacelerada e desgastante.

Nesta teia complexa de relações entre a saúde e a doença mostra-nos Canguilhem que:

"É artificial dispersarmos a doença em sintomas ou a abstraímos de suas complicações. O que é um sintoma sem contexto? (...) a clínica coloca o médico em contato com indivíduos completos e

concretos e não com seus órgãos e suas funções" (Canguilhem, 1990: 65).

Um outro olhar e uma outra escuta que, sem dúvida, não deixaria escapar deste processo de adoecimento o contexto de trabalho que faz o corpo adoecer. Apontamos na contra marcha deste percurso a questão do médico do INSS/RJ ao declarar que:

"Nós colocamos uma interrogação dizendo que a pessoa não tem uma doença profissional. Ela tem sim, uma doença orgânica relacionada com características pessoais e particulares, relacionadas com aquela própria pessoa". (médico perito do INSS/RJ)

As armadilhas: bases discursivas da neuropsiquiatria da LER

Marilene Affonso Romualdo Verthein¹

Carlos Minayo Gomez²

Resumo

Apresentam-se as bases da neuropsiquiatria da "Lesões por Esforços Repetitivos". Utiliza-se como referência à polêmica desenvolvida na Austrália, nos anos 80, versando sobre: a iatrogenia da doença e a simulação dos pacientes; as implicações sociopolíticas dos diagnósticos das doenças crônicas e os discursos psiquiátricos utilizados para definir e marcar a predisposição nas doenças osteomusculares que atingem os trabalhadores. Considera-se que esses encaminhamentos montam uma rede de alianças que se constituíram em armadilhas para a negação do nexos no Instituto Nacional de Seguridade Social/RJ em consonância com a prática instaurada em outros países. Essas estratégias fundadas na redução de custos dos benefícios tendem a descaracterizar o elemento trabalho enquanto componente fundamental no processo gerador dessas doenças.

Summary

The bases of neuropsychiatry of the "Lesões por Esforços Repetitivos". It's used as a reference to the polemic developed in Australia, in the 80's, dealing with: the iatrogenicity of the disease and the simulation by the patients; the sociopolitical implications of the diagnoses of chronic diseases and the psychiatric discourses used to define and mark the predisposition in the osteomuscular diseases that afflict the workers. It is considered that such orientations build a net of alliances that formed traps for nexus denial in the National Institute of Social Security/RJ in accordance with the practice instituted in other countries. Such strategies based on the cost reduction of the benefits tend to de-characterize the work element as a fundamental component in the generating process of such diseases.

¹ Doutoranda do CESTEH/ Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ. Prof^a do Departamento de Psicologia/ Universidade Federal Fluminense. marilenevt@ig.com.br. Tel. 609-2056.

² Prof. Doutor pesquisador titular do CESTEH / Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz. minayogo@ensp.fiocruz.br.

Introdução

As Lesões por Esforços Repetitivos tornam-se, a partir dos anos 90, cada vez mais, referendadas pela neuropsiquiatria. Esse novo enquadramento pôde ser observado pela nossa pesquisa, no INSS/RJ, a partir da apropriação e articulação do discurso da neurologia e da psiquiatria na análise das doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho. Atentamos, inclusive, que essa referência, às bases discursivas da neuropsiquiatria, apresenta-se como uma armadilha, servindo à instituição previdenciária para negar o nexo dessa doença com o trabalho. Tal encaminhamento é reforçado pelas políticas de saúde restritiva e acumulativa estabelecidas em outros países. Portanto, as reduções dos benefícios previdenciários estão diretamente relacionadas às questões de reconhecimento suscitado pelo território das doenças do trabalho e, principalmente, pelos rumos atuais de sua descaracterização.

O livro "Saúde e Previdência como uma questão político-econômica" traz um retrato paradoxal da articulação entre capitalização e doença, ao afirmar que:

"A previdência social vem privilegiando fundamentalmente o interesse do capital investido no setor e não o interesse dos beneficiários da previdência". (Braga e Paula, 1981: 210).

Essa lógica parece ecoar nas análises, também previdenciárias, após os anos 80, onde grandes avanços em tecnologia e intervenções diversas nas condições de trabalho esbarraram em políticas econômicas neoliberais propondo, entre outros itens, as restrições das verbas, a limitação dos benefícios, a privatização e terceirização dos serviços públicos em saúde.

A Previdência Social tem sido caracterizada, como informa o *site* brasileiro sobre o assunto, por crises financeiras não só no Brasil, mas na maioria das nações. Ora pela situação de esgotamento das fontes tradicionais de financiamento, ora pela generalizada elevação do déficit público, mas, principalmente, pelos investimentos em estratégias de políticas de saúde, de cunho economicista. Desta forma, salvo as particularidades desses investimentos nos diferentes países, as mudanças em saúde e

trabalho mantêm as mesmas diretrizes básicas, quanto ao aumento das taxas de contribuição e à redução dos benefícios.

Nos EUA, por exemplo, houve o aumento gradativo das contribuições de empregados e empregadores, até 1990, e a proposta de elevação gradual da idade mínima para a obtenção de aposentadoria, a partir de 2003. Na Inglaterra, o governo Thatcher preconizou uma profunda reforma do sistema previdenciário, mas acordos políticos permitiram apenas uma reforma gradual do sistema público e a criação de incentivos aos contribuintes para optarem por seguros privados. Estas reformas entraram em vigor em 1988 e tiveram como objetivo central reduzir os encargos e obrigações de longo prazo do sistema de seguridade social inglês. A Itália aumentou o limite de idade para aposentadoria, o tempo mínimo de contribuição e regulamentou aposentadorias privadas complementares. Mudanças semelhantes estão em curso ou em discussão em outros países do mundo, inclusive, pensando-se em um regime de capitalização com contas individuais que seria ampliado, também, para a América Latina.

Realmente, como pode ser percebido, nesse *site* da Previdência Social,

"o governo brasileiro não está inovando em nada ao propor a reforma do sistema previdenciário, mas apenas fazendo os ajustes necessários que várias nações do mundo já realizaram ou estão realizando".

Constatamos, também, que o caminho das reformas deixa a desejar quanto aos direitos trabalhistas sociais conquistados pelos trabalhadores ao longo da sua história e tem excluído, da globalizada reestruturação produtiva, não só os trabalhadores que adoecem, mas a própria doença do trabalho.

As discussões sobre as LER, que tem data similar ao início destas reavaliações previdenciárias da década de 80, tornou-se fruto deste grande impasse contemporâneo, ao ressaltar, nas discussões entre saúde e trabalho, as questões do custo das doenças relacionadas ao trabalho e, mais especificamente, as trilhas de descaracterização do nexos quando apresenta o próprio trabalhador como "naturalmente" predisposto a esse processo de adoecimento.

Neste texto problematizamos as bases discursivas da neuropsiquiatrização das LER, no INSS/RJ, privilegiando não uma análise das razões sócio-econômicas da negação do nexo, mas a produção de subjetividade constituída por tal procedimento.

Os dados sobre o INSS foram obtidos através de entrevistas com os médicos da Perícia Médica do INSS/RJ; com os trabalhadores lesionados que encaminhavam processos de requisição de nexo a essa Perícia e a partir da leitura e levantamento de dados dos respectivos processos, em pesquisa realizada no período de março de 1997 a dezembro de 1998.

Analisaremos, inicialmente, as redes discursivas que nos pareceram fortalecer o caminho trilhado pelo INSS/RJ no rastro das análises australianas sobre o tema.

A reestruturação da análise australiana sobre as lesões por esforços repetitivos

A denominação *Repetitive Strain Injury* - RSI que designava as LER na Austrália, indicava, inicialmente, desordem funcional e orgânica resultante de fadiga neuromuscular devido à execução de atividades em posição fixa e/ou em movimentos repetitivos dos membros superiores. Os sintomas mais frequentes decorriam de dores, fraqueza e sensações de câibra em um ou mais dos grupos de músculos das mãos, dedos, braços, ombros e pescoço. E eram reconhecidos como decorrentes das condições de trabalho, até que, segundo Ferguson (1987), as reivindicações profissionais incluídas em RSI passaram de "762 casos em 1978 - 1979 para 2263 em 1981-1982".

Em decorrência, o governo australiano, preocupado com a incidência aumentada dos casos e dos custos inerentes a eles, buscou elaborar diretrizes para controle e prevenção, através da Comissão Nacional de Saúde e Segurança Profissional, criando uma Força Tarefa em RSI, no Serviço Público. O Relatório Interino do Comitê de RSI foi publicado em julho de 1985 e, paralelamente, foram revistas as atitudes comunitárias para a doença, analisadas a experiência australiana e a internacional, elaboradas as estratégias preventivas e sistematizados os aspectos de diagnose, tratamento e reabilitação. Os pacientes foram submetidos aos mais variados tipos de testes clínicos ou imagéticos e a procedimentos terapêuticos,

visando o alívio das dores: fisioterapias, drogas antiinflamatórias, talas e tipóias, eletroterapias e cirurgias. Paralelamente, grandes investimentos foram efetuados para a investigação dos locais de trabalho e para sua melhoria ergonômica, trazendo aos pacientes não só benefícios físicos em postura e redução de carga osteomuscular dinâmica e estática, mas também benefícios psicológicos.

No mesmo ano da publicação do relatório, surgem as polêmicas entre investimentos e custos, iniciando-se um movimento de crítica, ilustrado no artigo de Awerbuch (1985) pela metáfora da "Pata de Canguru" (*Kangaroo Paw*) que, pejorativamente, questionava a alta incidência dos casos de RSI reconhecidos como doença do trabalho pelo Comitê de Saúde e Segurança Australiano, alegando que a patologia era desconhecida, as características clínicas difusas e a prognose incerta.

Segundo Ferguson (1987), a partir de 1986, percebe-se nas publicações do *The Medical Journal of Australia* que a análise dessa "*Epidemia australiana*" deixa de lado as avaliações das tarefas repetitivas e das posturas inadequadas relacionadas ao trabalho e passa a enfatizar fatores mentais e sociais.

Assim, novos olhares deslocam as atribuições da causalidade e as atitudes em relação a RSI. Esta denominação começa a ser questionada como anacrônica e os sintomas de dores são atribuídos a fatores mentais e sociais, enfatizando, no distúrbio, o efeito de psicossomatização que afeta o sistema osteomuscular.

Este deslocamento na análise das RSI, na Austrália, é anunciado pela abordagem de alguns autores que, em grandes grupos, articulam uma rede discursiva de conceitos, mitos, valores e estratégias de ação: os discursos da iatrogenia e da simulação; os da doença crônica e os psiquiátricos, referentes à personalidade neurótica.

Rede discursiva de conceitos, mitos, valores e estratégias de ação

1- Os discursos da iatrogenia e da simulação

As doenças iatrogênicas referem-se às doenças causadas por condições sociais e contrastam com as doenças originadas pela iatrogenia clínica, as quais decorrem de resultados de diretrizes para tratamento aplicadas por doutores em seus pacientes.

A discussão sobre a iatrogenia nas lesões por esforços repetitivos introduzida pelo texto "RSI: a model of social iatrogenesis" do médico reumatologista Cleland, em 1987, trata dessas duas formas de iatrogenia. Neste texto, o autor considera que a Comissão Nacional de Saúde Ocupacional e Segurança Pública da Austrália, ao recomendar diretrizes e códigos, alertando sobre o uso correto dos teclados para prevenir as lesões por esforço repetitivo, acaba por reforçar, em contrapartida, tanto a expectativa da incapacidade quanto a ansiedade e a aflição criada pelo medo de adquirir a doença. Esse procedimento de prevenção, segundo o autor, tem provavelmente um papel causal no desenvolvimento dessa síndrome que pode, no entanto, ser vista também como um exemplo social de iatrogenia, ao servir para a obtenção de ganhos secundários.

Para Cleland, o diagnóstico de RSI, por enfatizar a lesão e associá-la ao processo de trabalho, permite aos trabalhadores perceber o "*status de vítima de acidente*" e, ao mesmo tempo, criar a expectativa de compensação monetária por seu sofrimento e incapacidade.

Essa crítica de Cleland focaliza o que denomina "ciclo vicioso" das lesões por esforços repetitivos. A atividade, compreendida como causa, leva o trabalhador a ter consciência da sensação de desconforto, gerando por antecipação, a dor. Este círculo, para o autor, é reforçado pelos terapeutas que, diagnosticando a lesão, aplicam terapia local e prescrevem, de forma radical, a imobilização dos membros superiores. Logo, conclui:

"O resultado é que evitar o exercício dos membros superiores pode ser um padrão orientado para desconforto e concernente apreensão do potencial de efeitos danosos que estão associados com ele. Sendo assim, um trivial desconforto pode tornar-se prolongado, doloroso e condição de incapacidade que exclui o trabalho efetivo e degrada a qualidade de vida". (Cleland, 1987:238).

Esse procedimento foi destacado, posteriormente, por Hall (1988) como "*círculo dor-descanso-dor*", também creditado como reforço ao papel de doente, já que o trabalhador acaba por ser rotulado de incapaz ao permanecer um longo período

de tempo afastado. Não considera os sintomas como uma forma de simulação com a finalidade de lucro, mas um caso de iatrogenia gerada pelo medo de uma nova lesão e pela expectativa de negação quanto ao seu retorno ao trabalho, por parte do empresariado.

Mas foi David Bell (1989) quem sistematizou os elementos que considerava iatrogênicos nesse processo de adoecimento:

- ⇒ O atendimento de RSI como uma doença física, induzindo à comunidade a aceitá-la como uma lesão;
- ⇒ Os variados métodos de tratamento dispensados aos queixosos, levando-os a ter uma visão hipocondríaca do próprio corpo;
- ⇒ A sintomatologia de RSI ser reconhecida como doença do trabalho pelo governo, influenciado e pressionado pelos sindicatos e pela comunidade em geral;
- ⇒ O direito a compensação por danos osteomusculares sofridos no trabalho;
- ⇒ As campanhas de alerta dos ergonomistas sobre o potencial de perigo do teclado.

Vamos destacar, desta lista, as implicações desses aspectos com o referencial psiquiátrico da articulação entre o adoecer e a personalidade do doente, pois consideramos que é, principalmente, por este caminho que estes autores procuram argumentar a idéia da predisposição ao adoecimento. Sob esta ótica, os trabalhadores que apresentam a sintomatologia de dores osteomusculares são em geral "malingering", como os denomina Bell (1989), ao referir-se ao paciente que se finge de doente para não trabalhar. Para este autor, tal condição torna-se exacerbada, no caso dos RSI, pela existência de um sistema de compensação pelos danos sofridos no trabalho.

O sistema de compensação, como afirma Lucire (1986) corroborando com a idéia, serve de suporte para a epidemia da "neurose profissional". Esse sistema reforçaria o estado de incapacidade do trabalhador tanto na neurose simulada ou "artesanal", como na neurose dita ocupacional, ao permitir o afastamento do trabalhador do local de trabalho. Nessa lógica, pensa-se em reduzir o problema do afastamento dos pacientes com lesões osteomusculares, acabando com o direito à compensação por danos em RSI.

Sendo assim, é entendido por estes autores que a prevalência da doença por simulação, ou até por prejuízo do trabalhador, cresce principalmente em circunstâncias ou sistemas em que *"não se desencoraja esta forma de exploração"* do

trabalhador em relação ao sistema de compensação. Essa "*forma de exploração*" é referendada pela idéia de simulação do trabalhador. Desta maneira, a idéia da exploração está relacionada com a crença na simulação do trabalhador. Assim, estranhamente, esses autores, apontam que o trabalhador explora o Governo apropriando-se indevidamente dos benefícios da Lei de indenização por danos no trabalho.

Dois fatos devem ser pontuados nessas análises: a total desconsideração quanto à pertinência das relações de trabalho nesse processo de adoecimento e a proposital argumentação, às avessas, dos fins a que se propõe a Lei da indenização, com o intuito de descaracterizar as doenças relacionadas ao trabalho na inversão do dano (trabalho) pelo danoso (trabalhador).

Embora exista uma diferença básica nestas argumentações, posto que em Lucire (1986) a neurose é passível de determinações inconscientes e para Bell (1989), na maioria das vezes, o comportamento para obter ganhos secundários é consciente, os dois mostram subsídios de estudos psiquiátricos, sobre dados de personalidade dos pacientes, utilizado-os de forma maniqueísta para culpabilizar ou marginalizar as dores dos mesmos. Para Bell, o apropriado seria "*encorajar o queixoso a continuar a trabalhar*" pois as dores "*são uma parte normal de viver*" e este comportamento doente é apenas uma resistência de quem não quer trabalhar. (Bell, 1986:118)

A idéia de "*malingering*" citada no texto "Repetition strain injury: an iatrogenic of simulated injury" pelo psiquiatra David Bell causou muita polêmica na época. Entre várias cartas de leitores do *Medical Journal of Australia* com congratulações (Dickinson, 1989) e apoio (Roberts, 1989), os créditos passavam pela alegação dos milhões de dólares gastos em "*perda de tempo*" com os trabalhadores que adoeciam no trabalho. Segundo Bell, era questionável que as condições de trabalho pudessem ser um elemento gerador nesse processo de adoecimento. Ao contrário, ele supunha que a ausência sistemática de concordância entre exames médicos e queixas indicava uma *fabricação* da dor. Concordando, Roberts, afirma que se os sintomas e sinais não podem ser correlacionados com o modelo médico aceitável, a diagnose de "*malingering*" pode ser feita, à medida que, a terminologia "*malingering*", para ela,

"pode ser vista como a consciência descarada da representação da proposta de ganho financeiro". (Roberts, 1989:598).

Outros médicos que atendem pacientes com LER criticam estas afirmações. (Cullum, 1989; Hopkins, 1989). Consideram o artigo de Bell insensível por etiquetar quase todos os casos de danos de trabalho repetitivo na categoria de histeria e "malingering". Embora concordem com a possibilidade de alguns pacientes apresentarem dores triviais, contrapõem essa idéia de generalização dos casos, afirmando que muitos pacientes com LER são acometidos de severo e permanente dano incapacitante.

"Eu tenho visto muitos pacientes que clinicamente tem óbvias patologias, as quais são demonstradas por investigações tais como o teste de isotopia, termografia e eletromiografia. Tais pacientes são avaliados por médicos que podem não encontrar nada de errado com eles e então tem a audácia de falar que a dor que eles estão experimentando é "toda mental" (...) preconceito comum de que os pacientes são culpados". (Cullum, 1989:599)

Assim como Cullum que associa as dores das LER ao contexto do trabalho, Quintner (1989), também critica a posição de Bell, argumentando que o mesmo tem entendido de forma equivocada as bases do termo "neurose ocupacional" proposta por Gowers. Além disso, acusa Bell de ignorar, também, as condições de trabalho como elementos deflagradores de dor nos braços e pescoço entre os trabalhadores.

Podemos sintetizar que os autores Bell (1989) e Cleland (1987) não acreditam em RSI como doença, pois, para eles, a queixa do desconforto muscular pode acometer qualquer pessoa em algum momento de sua vida. Analisam os sintomas dos trabalhadores como modelos de simulação osteomuscular, ou seja, dores imaginárias de base comportamental, exibida com a obtenção de ganhos secundários. Outros autores, como veremos, acreditam nos RSI como doença, mas colocam a origem de sua ocorrência na predisposição do sujeito, o que caracterizaria os dados da doença crônica e degenerativa.

2- Os discursos da doença crônica

O ponto de vista da reumatologia em RSI enfatiza que as dores dos membros superiores são compreendidas como fibromialgias e síndromes de fadiga crônica que são clinicamente consideradas desordens enigmáticas. Para essa abordagem, todas as doenças do grupo dos RSI são psicossomáticas. O diagnóstico é baseado em cuidadoso exame clínico, na história ocupacional, no exame físico e na exclusão da doença reumática não ocupacional. Por outro lado, os diagnósticos de doenças reumáticas, tais como inflamações e artrites degenerativas, síndromes de dor cervicobraquial, podem ser diferenciados por critérios clínicos ou laboratoriais, mas podem coexistir com RSI.

Entre essas doenças crônicas podem estar as citadas por Hadler (1986), como as "doenças reumáticas industriais" e, em particular, a dor lombar. A relação entre a dor lombar e o acidente de trabalho foi apresentado durante a II Guerra Mundial através dos estudos sobre "ruptura de disco", isto é, lesões dolorosas lombares passíveis de cirurgia. Por serem as dores lombares associadas ao trabalho, o nexo passou a ser uma decisão política em relação a essa doença. Sendo assim, a descrição das tarefas passou a estabelecer a causa do dano e a responsabilidade do empregador.

A dor lombar é uma dor comum nas rotinas de trabalho, mas o excesso de força muscular estática ou dinâmica pode levá-la ao estado de uma síndrome de doença crônica.

"Eu estou convencido de que as conclusões ocupacionais de causalidade de tarefa e culpa do empregador, predispõem uma pessoa trabalhadora com dor lombar a se tornar uma pessoa reclamante. A dor lombar é dolorosa e quase todo o exercício excessivo exacerba o desconforto, de forma que algum grau de incapacidade de trabalho torna-se inevitável". (Hadler, 1986:192)

Há, portanto, como assinala o autor, uma compreensão sociopolítica dessas hipóteses quando a dor lombar, categorizada como um acidente de trabalho, redefine

os pré-requisitos para a compreensão da doença, já que é possibilitado o benefício acidentário pelo seu diagnóstico como manifestação de incapacidade no trabalho.

Uma análise sociopolítica das doenças implica em colocar as relações de trabalho que adoecem em discussão, da mesma forma que os encaminhamentos diagnósticos, tratamento de cura e suas possibilidades de acesso na rede pública e particular. Todavia podemos considerar que, tanto na Austrália quanto no INSS/RJ, os encaminhamentos têm apresentado uma compreensão fechada na idéia da predisposição, principalmente, psíquica. A afirmação de Bell (1989), transcrita abaixo mostra essa ênfase:

"A consecutiva série de pacientes com RSI que são examinados por um psiquiatra ou tem doença psiquiátrica ou histeria. Muitos dos pacientes que têm sido encaminhados ao meu consultório têm tido distúrbio de personalidade". (Bell, 1989:281)

3- Os discursos psiquiátricos da personalidade neurótica

Essas discussões dos aspectos de uma personalidade neurótica em RSI foram apontadas no texto "Neurosis in the workplace, de Yolland Lucire, em 1986. A RSI seria um tipo específico de *"epidemia de doença psicogênica em um passivo e dependente grupo"* (Lucire, 1986:), expressa como uma forma de histeria:

"Tal epidemia pode ser entendida à luz de teorias aceitas de contágio histérico. Os sintomas tornam-se epidêmicos quando a situação não é controlada corretamente e a convicção histérica permitida prevalece. A aceitação do indivíduo de tal convicção sustenta que o fator causal no desenvolvimento dos sintomas é governado pelo desejo das conseqüências do acreditar. A intensidade deste desejo é uma função da necessidade inconsciente para regressar a enfermidade e esta necessidade é governada por fatores de vulnerabilidade pessoais e circunstanciais." (Lucire, 1986: 323)

Esta idéia de RSI como psicogênica seria explicada por quadros de personalidade ansiosa que, em condições sociais e culturais estressantes, levam os pacientes a demonstrar um comportamento simbólico da dor, por serem incapazes de reelaborar a angústia básica desse comportamento. Neste entendimento, afirma-se como falsa a crença de que os movimentos de esforços repetitivos possam ser a causa das lesões. No caso de RSI, os sintomas são explicados pela manifestação somática de uma perturbação emocional, que por sua vez, é causada por idéias, crenças e emoções.

Baseando-se nas antigas análises do neurologista William Gowers, datadas de 1888, Lucire tenta estabelecer um paralelo entre a história da câibra de escritor e a RSI, buscando incluir a RSI na mesma classificação diagnóstica de neurose ocupacional, apresentada na época, para descrever a câibra de escritor. O paralelo é reforçado pela noção de predisposição. Nesta, o trabalhador seria portador de um mal que poderia ou não emergir sob determinadas condições de ansiedade. Essa predisposição é traduzida pelo tipo de temperamento que, no caso das câibras dos escritores, foi descrito como "*distintamente nervoso, irritável, sensível e resistente ao excesso de trabalho e a grave ansiedade*". Esta ansiedade, por sua vez, seria mantida como estopim a ser detonado "*frente a problemas familiares, preocupação nos negócios ou pesadas responsabilidades*".

Na câibra de escritor, a dor era referida a várias partes do pulso e do braço, apresentando, além de câibras, espasmos, tremores, descoordenação, parestesia, fadiga e fraqueza. Essas dores, no entanto, eram desvinculadas de qualquer relação com o trabalho.

Lucire faz, também, um paralelo entre a RSI e a epidemia conhecida, na América e na Inglaterra, como câibra de telegrafista. Em 1908, o termo câibra de telegrafista servia para definir o desenvolvimento de doença osteomuscular originada pelos movimentos rápidos da telegrafia.

Essa câibra de telegrafista, considerada como uma doença de trabalho, era coberta pelo Ato de Compensação Britânica. O aumento dos casos que apareciam gerou a criação de um comitê para avaliação do trabalho telegráfico. No curso das investigações, foi apresentada a instabilidade nervosa como relacionada à repetição dos movimentos do telegrafista. Todavia, o relatório final dessa avaliação concluirá que a quantidade de fadiga requerida para a câibra é decorrente, tão somente, de

"*fator pessoal*" e que a epidemia poderia ser resolvida por uma "*seleção cuidadosa e prudente de pessoal*".

Com base nessas conclusões, Lucire fundamenta as origens psicogênicas da RSI e lista elementos que poderiam ser vinculados, entre si, para manter os mecanismos neuróticos: conflitos familiares, desejos imaturos, raiva das condições de trabalho, trabalhar em longas jornadas, frustração e decepção quanto à melhoria trazida pela tecnologia.

Essa abordagem também criou muita polêmica e entre os que a defendem, como Awerbuch e Morgan, e a rejeitam como Hay, é expressiva a fala desse último:

"O clube australiano das mãos, Dr. Awerbuch, Dr. Dinning, Dr. Morgan e Dr. Dodd parecem ser vítimas de seus próprios egos. O que eles não entendem eles indicam como recusa neurótica. Sou freqüentemente duro sobre as declarações deploráveis de meus colegas, para poder convencer meus pacientes que eles não são neuróticos". (Hay, 1986:118)

Apresentamos estes enfoques, tão polêmicos em relação ao desenvolvimento das doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho, não para afirmá-los, mas para problematizarmos sua pretensa atribuição de desenvolvimento *natural* dos diagnósticos das lesões por esforços repetitivos que acometem os trabalhadores. Essas redes discursivas servem de armadilha ao tecerem os diagnósticos de RSI em um emaranhado neuropsiquiátrico, com o propósito de descaracterização total de qualquer nexos desta doença com o trabalho, assunto que aprofundaremos mais adiante.

Podemos questionar, tomando por base toda a polêmica das LER, como uma doença do trabalho passa a ser reduzida a um enfoque totalmente psicológico e, ainda, as implicações desse viés psiquiátrico para a total negação do nexos.

Implicações do viés psiquiátrico na saúde do trabalhador.

Os ingredientes políticos, culturais, econômicos, psicológicos, sociais, jurídicos e religiosos marcam dispositivos de poder e saber na construção de um

sentido para o trabalho, de uma eficácia para o corpo, de um tipo de personalidade que será enquadrada como útil ou inútil na sociedade, em períodos históricos determinados.

A vinculação psiquiatria-Estado, apresentada como dado histórico da apropriação da psiquiatria como forma de controle e disciplinarização, serviu, no final do século XIX, à construção de uma determinada subjetividade do trabalhador. No Brasil, essa ligação pôde ser verificada no projeto de profilaxia social desenvolvido a partir da elaboração do Regulamento Sanitário Federal de 1923 e da Liga Brasileira de Higiene Mental. Estes regulamentos incluíam, no âmbito da saúde pública, as questões de higiene industrial e profissional, no sentido de ordem e progresso, e a precaução contra a presença do “*perigo genético das raças impuras*”. Na época, a higienização, fundamentada na teoria da degenerescência psíquica, marcava no corpo o destino genético e moral, tomando como alvo de assepsia o que era identificado como conduta “*anti-social*”, a saber, os corpos que subvertiam a verdade e a moral. Os trabalhadores, os mendigos, as prostitutas e os alcoólatras eram visualizados e conceituados como “*raças impuras*”, pois:

“Paulatina, mas perceptivelmente, no discurso como nas práticas da medicina mental, o objeto central de atenção e preocupação deixa de ser o louco ou o limítrofe. Ou melhor, limítrofes, degenerados... ganham, desde a segunda metade desta década, um único rosto: o do operariado urbano”. (Cunha, 1986:178).

O trabalhador passa, assim, a ser objeto do olhar médico-psiquiátrico, pois como propõe o Dr. Pacheco Silva, diretor do Juquery, em 1937, era importante para a criação do Ministério Único de Higiene, Assistência, Previdência e Trabalho “*desenvolver o vigor e a boa vontade dos trabalhadores*” (Cunha, 1986:178)

Essa é uma tecedura sofisticada e complexa da bifurcação entre os dois movimentos: da medicina social, enquanto produtora e mantenedora de um corpo economicamente sadio e normal, e de uma psiquiatria médica que normatiza e regula essa normalidade pelo viés da capacidade produtiva, colocando o psiquismo como objeto de estudo.

Uma apreciação histórica sobre o encontro da medicina e o psíquico pode ser obtida no livro de Birman (1980) sobre *Enfermidade e Loucura* nos fornecendo bases

teóricas para um maior entendimento dessa intervenção – medicina e psíquica – nas LER.

A partir da II Guerra Mundial, uma medicina denominada antropológica pretende superar uma medicina estritamente orgânica, argumentando que a doença teria uma causalidade não só biológica, mas também psicológica, sociológica e antropológica. Nesta perspectiva, a dimensão do enfermo e da comunidade em que vive passa a ter lugar no discurso médico até então dedicado à enfermidade. Com a criação da Organização Mundial de Saúde, a saúde passa a ser definida como "*um estado completo de bem-estar físico, mental e social*". Diretrizes similares foram criadas nas recomendações 67 e 69, na Filadélfia, em 1944, pela Conferência da Organização Geral do Trabalho. Por outro lado, também tentando ultrapassar uma medicina puramente biológica, a medicina psicossomática emerge nos anos trinta, nos EUA, nos trabalhos do Instituto Psicanalítico de Chicago, postulando uma causalidade psíquica e não social da enfermidade. Estas duas vertentes sociológica e psicológica são associadas nos anos cinquenta:

"Vitalismo e personalidade seriam as duas dimensões de uma mesma problemática, elaboradas em planos diversos do conhecimento, mas destacadas de um mesmo solo: as regulações adaptativas do indivíduo no seu espaço social" (Birman, 1980:31)

Nesse caso, a adaptação do indivíduo ao seu meio de trabalho firma-se como exigência básica de saúde na polaridade médica do normal e do patológico. Na abordagem da patologia social, o normal e o anormal não se restringem ao diagnóstico, mas marcam o desvio social ou o *virtual da anormalidade*, isto porque:

"Se no momento originário a Psicanálise e a Sociologia se opuseram à Medicina e a Psiquiatria, serão por elas parcialmente colonizadas na modernidade, através do discurso das inter-relações." (Birman, 1980:44)

Uma "psiquiatrização da medicina" (Birman, 1980) permite que práticas e saberes psiquiátricos forneçam os critérios de uma nova percepção da enfermidade,

da terapêutica e da cura, principalmente devido a causas psicológicas no campo das doenças somáticas. As instituições sociais, a família, a escola, as indústrias, os hospitais, o trabalho são lugares estratégicos na realização do controle social das individualidades e das comunidades pela psiquiatrização das inter-relações entre os grupos sociais.

Esse deslocamento da doença como um mal que se apropriava do corpo, para uma enfermidade compreendida a partir das relações intersubjetivas e sociais, foram os elementos básicos para a condição de possibilidade da psicossomática, quando o discurso psicológico passou a matizar as dores do corpo pelas emoções.

Nesta perspectiva, os diagnósticos dos trabalhadores são mediados pelos objetivos organizacionais de eficácia produtiva e as emoções patologizadas no registro de uma impossibilidade de ajuste entre o indivíduo e o seu trabalho. No período do final do século XIX até a II Guerra Mundial, as racionalizações do trabalho sustentadas por Taylor, Ford e Fayol dão a tônica da relação entre eficiência e produtividade. Após a II Guerra Mundial a ineficácia produtiva foi localizada no comportamento do trabalhador, fazendo do discurso das Relações Humanas uma diretriz para *solucionar* conflitos entre expectativas institucionais e pessoais. Através do dispositivo das inter-relações, os problemas das relações de trabalho são encarados como pessoais e transformados em problemas psicológicos.

Observamos, na nossa pesquisa no INSS/RJ, que essas leituras das emoções pelo patológico, para assegurar a *pureza racional* da produtividade foram apropriadas pelos peritos, servindo de ferramenta para a prática da negação do nexo das LER, aqui no Brasil.

A prática da negação do nexo das LER, no INSS/RJ

Na prática do INSS/RJ, vão aparecer alguns pressupostos que, do nosso ponto de vista, são subsidiados pelas redes discursivas de conceitos, valores, mitos e estratégias apresentados pela discussão da Austrália em relação aos encaminhamentos da *Repetitive Strain Injury* e que estão bastante engendrados nessa articulação de problemas de trabalho que se transformam em problemas pessoais e psicológicos. Não no sentido de uma integração subjetiva no enlace entre sujeito e

meio, mas em uma construção de um sujeito que adoece, independente do meio e das condições em que vive.

Destacamos entre esses pressupostos básicos:

- 1- Os custos com as indenizações pagas aos trabalhadores em auxílio-acidente levam o INSS/RJ a uma busca desenfreada de descaracterização das LER como doença do trabalho. *"Acabam os benefícios e acabam as LER."* (médico perito)
- 2- Os diagnósticos são baseados em classificações de doenças crônico-degenerativas e psiquiátricas.
- 3- Indicam a especificidade de um tipo de "sujeito predisposto ao adoecimento".

Estudamos esse caminho do INSS/RJ, analisando os dados de 168 prontuários de telefonistas (74) e bancários (94) que requisitavam o B-91, código do INSS que defere o nexo da doença adquirida pelo trabalhador com o trabalho que realiza. Registramos, em quadro demonstrativo, as diferenças entre os diagnósticos informados na Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT), os laudos dos médicos conveniados pelas empresas e os laudos dos peritos. Em todos os casos analisados, o B-91 foi negado e a maioria com a justificativa de "doenças crônico-degenerativas".

Transcrevemos, abaixo, um recorte do quadro "Laudos dos processos encaminhados para análise do nexo das LER, no INSS/RJ", querendo exemplificar algumas diferenças entre os registros:

Quadro I: Laudos dos processos encaminhados para análise do nexo das LER, no INSS/RJ

CAT	Convênio médico	INSS/RJ
Síndrome do túnel do carpo	Síndrome do túnel do carpo	Tenossinovite endógena degenerativa, sem relação com a atividade. Nega B-91
Síndrome do túnel do carpo	Síndrome do túnel do carpo	Síndrome do túnel do carpo, doença endógena degenerativa. Nega B-91.
Tenossinovite nos punhos e mãos	Síndrome do túnel do carpo	Cervicobraquialgia. Doença degenerativa. Nega B-91.
Síndrome do túnel do carpo	Síndrome compressiva distal do punho	Alterações posturais degenerativas da coluna cervical. Nega B-91.

Tenossinovite de Quervain	De Quervain à direita	Tenossinovite e tendinite, osteofitose, uncoartrose. Doença degenerativa. Nega B-91.
LER	Tenossinovite do membro superior	Uncoartrose, osteoartrose endógena. Doença degenerativa. Nega B-91.

Fonte: INSS/RJ

Pode ser observado, no quadro I, que as abordagens do INSS/RJ descartam os fatores lesivos do trabalho do processo de adoecimento das LER e enfatizam os laudos com aspectos ditos psicogênicos, tais como, doenças crônicas e degenerativas.

No levantamento mencionado, o INSS/RJ apresentou 108 (64,29%) laudos em um total de 168 processos, ficando, portanto, 60 (35,71%) processos arquivados sem resposta. Uma proporção de quase 1/3 de casos arquivados, por certo mereceria um maior questionamento institucional. Não tivemos acesso, em nossa pesquisa, a informações relativas a esses casos, nem sobre os motivos da grande demora nos casos pendentes.

Entretanto, entendemos que esse arquivamento de casos fortalece a negativa radical do nexo da doença com o trabalho, como uma estratégia para a diminuição dos custos com benefício acidentário, ao criar um processo burocrático de adiamento das requisições do B91, tornando o envolvimento dos trabalhadores com o INSS/RJ desgastante e frustrado. Alguns trabalhadores e, até mesmo alguns representantes das empresas no INSS chegam, às vezes, a pensar que não adianta recorrer ao nexo, quando os diagnósticos do trabalhador são as LER.

Entre os 108 casos, 50,93% dos laudos foram estabelecidos em diagnósticos de doenças crônicas e degenerativas, tais como, artroses, osteofitoses, cervicobraquialgias, uncoartroses, apresentados, freqüentemente, juntos. Entre esses, 25% foram, também, associados aos quadros osteomusculares vinculados às LER, principalmente, tenossinovite e síndrome do túnel do carpo. Essa direção diagnóstica facilitou a apropriação da idéia de predisposição do sujeito ao adoecimento tornando singular a distribuição dos casos, como pode ser visto no gráfico 1 "Laudos - INSS/RJ", em anexo.

Para uma melhor visualização da nossa hipótese sobre a similaridade entre a postura atual do INSS/RJ sobre LER e os textos da discussão da Austrália sobre RSI, complementamos o levantamento dos dados contidos nos prontuários com os dados das entrevistas que realizamos com os médicos peritos e com os trabalhadores com LER, também realizadas no mesmo período do levantamento de dados, o que nos forneceu uma outra diagramação dos fatos, projetada no gráfico 2 "INSS/RJ - trilhas de análise", em anexo.

No gráfico 2, verificamos que a classificação doença crônica e/ou degenerativa, acaba envolvendo - na condição de crônica 15,74%, de degenerativa 8,33% e de ambas 75,93% - todos os casos. Assim, todos os processos são indeferidos pela análise da categoria da predisposição. A predisposição será orgânica, quando for considerado que o trabalhador adoecce por problemas de estrutura orgânica, como, por exemplo, idade, traumas físicos anteriores, hereditariedade; e psíquica, se considerada uma predisposição emocional.

Os artigos da Austrália, sobre RSI, que utilizaremos para comparação, mostram os seguintes encaminhamentos: 44% classificando a doença como doença crônica; 29% como somatização de dores; 21% como resultado de iatrogenia social e simulação e, apenas, 6% relacionando o processo de adoecimento com o trabalho e referenciado na análise ergonômica. O gráfico 3 "Austrália - trilha de análise", em anexo, mostra essa distribuição.

Se compararmos os gráficos 2 e 3, vemos que os diagnósticos enquadrados em doenças crônicas e degenerativas são expressivos tanto no INSS/RJ (50,93%), quanto na Austrália (44%), para a classificação de doença crônica. A especificidade do laudo da somatização que pressupõe um certo tipo de personalidade, com 29%, na Austrália, pode ser, também, associada à posição do INSS/RJ que coloca a degenerescência e o crônico nos termos da predisposição do sujeito ao adoecimento, no entendimento de um sujeito com características subjetivas que o levam a adoecer orgânica ou psiquicamente. Esta projeção dos dados nos indicaria 75,93% no INSS/RJ e 73% na Austrália. O item da iatrogenia e da simulação, que apreciamos bem delimitados na Austrália, com 32%, só foram observados no INSS/RJ através das posições dos peritos que, nas entrevistas sobre as LER, argumentavam que alguns trabalhadores adoeciam visando ganhos secundários. Esta idéia

corresponderia à citação de Bell quando classifica os pacientes de RSI, como "*malingering*".

No INSS/RJ, foram citados diagnósticos osteomusculares mais conhecidos nos quadros tradicionais da medicina, tais como, as tendinites, tenossinovites, síndrome do túnel do carpo, com 33,33% de frequência, mas, no laudo geral, cada uma destas classificações era associada aos quadros de doença crônica (6,48%), degenerativa (1,85%) ou a ambas (25%), sempre sem relação com o trabalho e, freqüentemente, analisados como uma predisposição psíquica associada a somatização de dores.

As falas dos médicos peritos sobre a própria compreensão da doença mostram essas especificidades nos encaminhamentos das LER:

"Muita coisa subjetiva; dor e impotência funcional (sem espessamento de tendão, sem edema, sem atrofia, sem dificuldade de potência muscular, sem seqüela)". (médico perito do INSS/RJ)

"Tentam [na Austrália] mostrar justamente isso, que não tem muita relação com o trabalho, tem relação com a própria pessoa é pessoal". (médico perito do INSS/RJ)

"Eu acho que isso está sendo manipulado para botar rótulo no desemprego". (médico perito do INSS/RJ)

"(...) ou por ouvir dizer que o vizinho, o amigo, o parente tem uma sintomatologia, a pessoa começa a sentir essa mesma coisa e procura uma maneira de caracterizar". (médico perito do INSS/RJ)

As várias expressões de dor e sofrimento são possibilitadas por uma determinada cultura que, interpretando e dimensionando padrões de conduta esperados e rejeitados, permite o acesso e a disponibilidade de relações no meio social, ou seja, na família, no trabalho, nas instituições. Além disso, as regras de normalização e regulamentação de uma determinada sociedade acabam por definir de maneira bem estabelecida os comportamentos ditos desviantes, anormais ou doentios, sempre engendrando modos de subjetividade para a sua expressão. Essa seria a possibilidade do entendimento de uma doença poder ser enquadrada em um determinado perfil de subjetividade e estaria associada a sintomas físicos ou não.

Este tipo de subjetividade enquadrada supõe um dispositivo de poder e, assim, podemos pensar em desejos capturados pela codificação social mas, também, na possibilidade das subjetividades que escapam aos papéis por uma geografia de conexões e disjunções inconscientes.

Vamos considerar que as interpretações dadas ao processo de adoecimento das LER codificam o trabalhador que adocece em um código pré-estabelecido como alguém simulador, de temperamento *borderline*, de histórico vindo a ameaçar a idéia de um trabalho asséptico sem desvios, paradas, incertezas.

As falas das trabalhadoras com LER exemplificam essas relações sociais, institucionais e pessoais com o processo de adoecimento no trabalho:

"Eu fui do banco 15 anos. Fui demitida há um ano. Comecei a sentir dor em dezembro de 96 e engessei o braço diversas vezes. Em janeiro fiz exame periódico, estava já usando esta luvinha, em fevereiro trabalhei só 10 dias, fiquei os outros dias com o braço engessado e em maio/97 fui demitida". (trabalhadora)

"Muitos tem preconceito e não acreditam no que estamos sentindo". (trabalhadora)

São as dores não visíveis e muitas vezes negadas que, interferindo na eficácia do trabalhador, impulsionam a sua demissão. Nesta circunstância, o nexo é muitas vezes negado e o trabalhador perde o direito à assistência, ao tratamento ou à reabilitação que são associados ao benefício a que faz jus quando adocece. Permanece o atendimento dado pelo SUS, mas, neste caso, devido ao sucateamento da rede de saúde pública, o tratamento e a assistência tornam-se assistemáticos e o quadro do trabalhador cada vez mais complexo. Chega-se, desta forma, a um descompromisso total com o trabalhador que adocece; é a radical separação entre processo de adoecimento e condições de trabalho que fazem adoecer.

Assim, podemos imaginar que a possibilidade de adoecer no trabalho é negada no próprio cotidiano das relações. A rejeição dos colegas de trabalho e das chefias é explícita quando o trabalhador que adocece é visto como alguém que faz *corpo mole* para não trabalhar. Da mesma forma, quando o trabalhador é tratado pelo médico como alguém que está somatizando conflitos psíquicos ou simulando a condição de

doente para obter ganhos secundários. A partir dessas premissas, as explicações são as mais variadas: os trabalhadores ficam doentes porque há recessão na oferta de emprego, ou adoecem porque buscam estabilidade financeira e/ou segurança pessoal, via seguro acidentário ou, ainda, simplesmente, adoecem porque não querem trabalhar.

Algumas falas do INSS/RJ podem também ser encaixadas nestes enunciados em relação à doença:

"Porque estão demitindo, todo dia tem processo". (médico perito do INSS/RJ)

"Muita gente fica desempregada e recorre ao INSS". (médico perito do INSS/RJ)

"Existe a doença e existe muita apelação pelo desemprego. Pessoas que não são digitadoras que não trabalham ininterruptamente estão requerendo" (médico perito do INSS/RJ)

"Acredito que o país hoje esteja passando por sua fase mais crítica, situação com relação à situação de desemprego, situações de mudança, privatização na área estatal, isto tem gerado uma síndrome que eu chamo de uma busca de regulamentação, uma busca de direitos dos trabalhadores". (médico perito do INSS/RJ)

Embora trazendo uma falsa questão, a partir da afirmação de que o trabalhador passa a forjar uma doença para proteger-se de problemas socio-econômicos, podemos considerar que a premissa é verdadeira, ou seja, não podemos negar que o desemprego está cada vez maior, as oportunidades de trabalho mais restritas e as limitações osteomusculares sofridas pelos trabalhadores com Lesões de Esforço Repetitivo são, sem dúvida, elementos redutores das chances de concorrência em um mercado de trabalho enxuto.

Entretanto, a questão não é tão simples. O trabalhador queixa-se de sintomas de uma doença do trabalho que o afeta e, ao começar a demonstrar os sinais da doença - baixo tonos, fraqueza na musculatura, parestesia, paralisia, e mesmo, medo, ansiedade, tristeza, insegurança, em função da própria condição que o aflige - cai no campo da psiquiatria. A tal ponto de os pacientes acometidos com as LER não terem

seus diagnósticos associados ao seu histórico precedente de trabalho, mas a um tipo de personalidade que, em condições especiais de tensão e conflito, tornar-se-ia mórbida.

A afirmação do nexo como uma forma de resistência à descaracterização das LER

Esse encaminhamento envolve alguns pressupostos sobre um tipo determinado de personalidade que engendraria um "sujeito-doente", a partir da idéia de um perfil mórbido:

- 1- Os distúrbios osteomusculares, comuns nos trabalhadores que executam atividades de esforço muscular e repetitividade, são analisados sem o reconhecimento do trabalho na deflagração da patologia, por serem considerados em grandes grupos de doenças crônicas ou degenerativas que podem acometer as pessoas em geral.
- 2- A existência de uma personalidade que predispõe o trabalhador, em situações de conflito e tensão, a processos de adoecimento. As dificuldades no trabalho, assim como as pressões de instabilidade social, estariam entre os elementos ansiogênicos.
- 3- As LER não seriam propriamente *doenças*, mas um conjunto de sintomas de doenças dos nervos ou de estresses que acometeriam determinados *sujeitos predispostos* a transtornos mentais ou somatizações.

Assim, a idéia de um "sujeito-doente" pressupõe um certo tipo de personalidade de características mórbidas que expressa sintomas de doença em ambientes ansiogênicos e estressantes. Ao colocar em suspenso as atividades realizadas no trabalho vai destruindo, de forma estratégica, o campo de possibilidade do trabalho como elemento constituinte desse processo de adoecimento.

Os enunciados sobre doenças reumáticas ou psiquiátricas não são, na própria Lei sobre doença do trabalho, um impedimento ao nexo. Os direitos dos trabalhadores estão mencionados na Lei nº 8213/91 sobre o Regulamento da Previdência Social e foram recentemente revisados pelo Decreto nº 3081/99, Resolução INSS/ nº 010/ 99, que aprova os Protocolos Médicos para Benefícios por

Incapacidade, contendo, entre os grupos de doenças: no anexo XII, Grupo 13, as doenças osteomusculares do tecido conjuntivo que podem estar relacionadas com o trabalho e, dentre estas, a dor articular, a síndrome cervicobraquial, a sinovite e tenossinovite, transtornos dos tecidos moles, fibromatose de fáscia palmar, lesões do ombro, mialgias.

Uma multiplicidade de diagnósticos que se entrecruzam nas relações entre saúde e trabalho. No entanto, sabe-se que as estratégias para a negação do reconhecimento do nexo das doenças do trabalho são históricas, assim como, da luta dos trabalhadores para reverter esse quadro. As pesquisas do DIESAT (1989), ao descreverem as lutas de trabalhadores e sindicatos tornam-se documentários dos embates para o reconhecimento previdenciário das silicose, asbestoses, benzenismo, leucopenia, intoxicação por mercúrio e tantas outras.

As LER, também, estão inseridas nestes embates entre a saúde e os interesses estreitos do capital que procura usar o corpo e descartá-lo, negando sistematicamente as implicações das condições de trabalho na saúde do trabalhador e, conseqüentemente, em seu processo de adoecimento, quando este se apresenta. Temos observado em nossa pesquisa, que o INSS/RJ vem desenvolvendo uma política restritiva e economicista em relação a essa doença, tornando os benefícios acidentários assegurados por Lei, não um direito do trabalhador, mas um impasse que deve ser removido.

Nesse sentido, procuram atender ao aumento de casos de trabalhadores com as LER sem correrem o risco de arcar com o ônus, enquanto seguradora, dos prejuízos físicos e mentais de uma economia que explora intensamente a mão de obra, de um mercado de trabalho recessivo, de uma gerência ávida por corpos docilizados e lucros rápidos.

Tal relação mostra a radical separação entre trabalho e corpo-que-adoece. Esta separação acaba encontrando uma ancoragem na idéia de predisposição, posto que, nesse distanciamento do INSS quanto ao desenvolvimento das relações de trabalho, sejam elas prejudiciais ou não, o processo de adoecimento passa a ser encarado como efeito de alterações *psicogênicas*.

Algumas falas do INSS/RJ são expressivas nesse sentido:

"Nós colocamos uma interrogação dizendo que a pessoa não tem uma doença profissional ela tem sim, uma doença orgânica relacionada com características pessoais e particulares". (médico perito do INSS/RJ)

"Eu sou da corrente que uma doença...de uma lesão por esforços repetitivos ela não deveria ser utilizada". (médico perito do INSS/RJ)

"Micro trauma que eles chamam osteoarticular. Só que isso como eu estava falando, na Austrália estão provando que não tem muito a ver, isso faz parte da consequência da vida diária da pessoa". (médico perito do INSS/RJ)

Os conflitos, reduzidos ao campo psíquico, são tratados como a expressão interna das neuroses dos indivíduos e os trabalhadores são, por este mecanismo, produzidos como neuróticos. O foco de análise não é mais uma enfermidade produzida no corpo, mas a própria intervenção na trama das emoções. Esta lógica vai criticando a abordagem ergonômica e a epidemiológica, nos casos das LER, constituindo negações e silêncios e se transformando num sistema de crenças que privilegia a evidência do referencial psicológico na leitura das dores de expressão osteomuscular.

O saber psicológico, utilizado pelos dispositivos de disciplinarização e controle das emoções individuais ou coletivas nas relações interpessoais de trabalho, vai sendo apropriado por uma moral de limites definida pela adaptação/desadaptação social, que na prática esquadrinha os parâmetros de uma "personalidade" socialmente aceita. Esse tom avaliativo pode ser observado em nossa pesquisa, quando os trabalhadores com LER faziam referência aos colegas de trabalho e às chefias que os tratavam como "LERdo" e nos discursos dos próprios peritos quando diagnosticavam simulação ou somatização de dores.

Os relatos em saúde do trabalhador ao longo da sua história vão afirmar várias emoções: medos, ansiedades e inseguranças que matizam os processos de adoecimento. Pode-se observar, no discurso do INSS/RJ, essa mistura do somático e das emoções, quando se fala dos portadores de LER: trabalhadores que têm medo de adoecer e de sentir dor; trabalhadores que são pressionados pela angústia da

possibilidade da perda do emprego; trabalhadores que inventam mecanismos de defesa para não sentir dor; trabalhadores de personalidade *borderline* que no limite do conflito são descompensados emocionalmente.

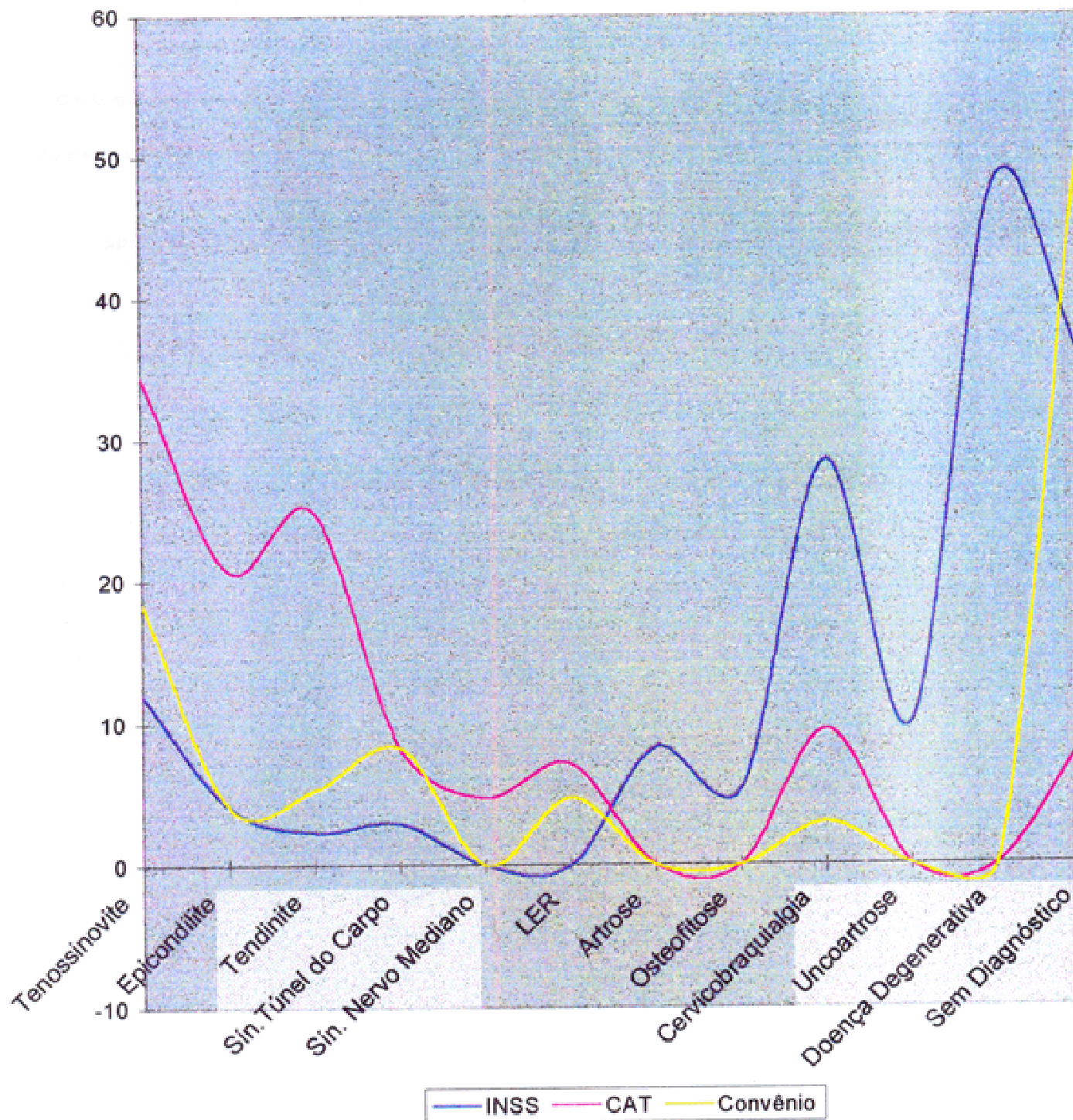
Não é uma simples forma de interdição que está nessa constituição do sujeito reconhecido como capaz e saudável para o trabalho, mas a questão da produção de si mesmo como sujeito moral e dos vínculos que pode e deve estabelecer com os outros e as estratégias de processar dependência e/ou autonomia.

A questão é saber onde procurar os fundamentos do imperativo moral e se é possível desligar as relações de trabalho e saúde deste tipo de moralidade do sujeito mórbido por tanto tempo associado ao mal, ao incapaz e ao inútil.

Reverter esse quadro implica propor uma nova análise do corpo no trabalho que, do nosso ponto de vista, expressa o adoecimento como uma forma de resistência. Não se submetendo a uma categorização que o esquadriha ao bel prazer do lucro (visão econômica), das relações sociais (capaz/incapaz para o trabalho) e do sujeito predisposto (imposição da culpa). Nesse sentido, afirmar o nexos do trabalho e da doença é enfatizar uma relação de força que deve ser buscada na prática dos movimentos da saúde no trabalho como uma questão de direito à vida, em todas as suas diversidades, garantindo na luta o reconhecimento das doenças do trabalho, sempre que essa possibilidade de relação existir como um fato no cotidiano do trabalhador.

A luta pela saúde no trabalho, hoje, não pode ainda prescindir da luta pelo reconhecimento da doença no cotidiano de trabalho, pois ela marca no corpo o seu próprio limite de resistência frente à exploração e a exclusão nesse mundo que se configura por corpos descartáveis e intercambiáveis em sua disponibilidade a serviço do ideário de uma saúde capitalizada que institui no corpo uma pré-morbididade.

Laudos - INSS/RJ



INSS/RJ - Trilhas de análise

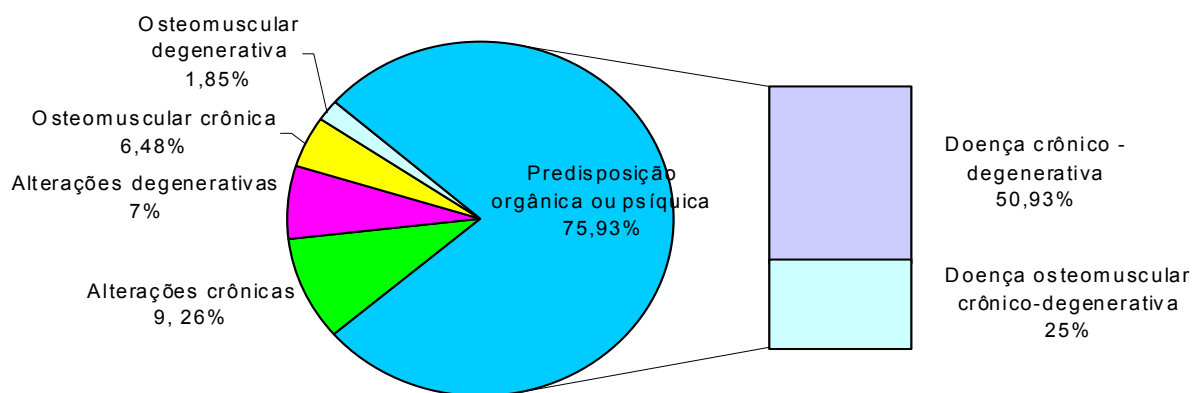
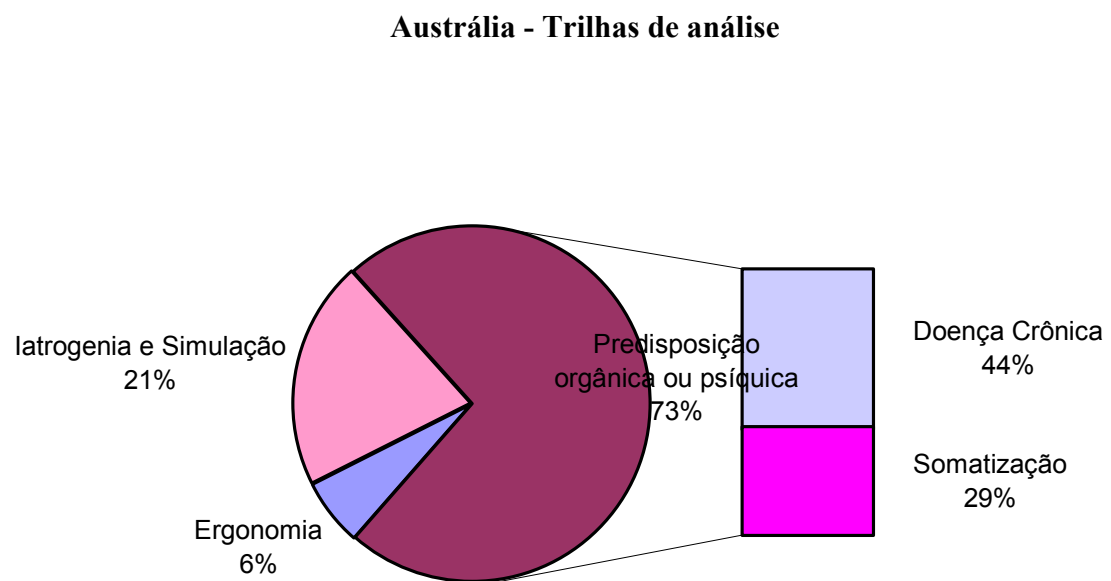


Gráfico 3.

A inscrição das LER como "*doença de mulheres*"

Marilene Affonso Romualdo Verthein¹

Carlos Minayo Gomez²

Resumo

Busca-se, no texto, marcar como os mecanismos de poder dos discursos neuropsiquiátricos sobre as *mulheres nervosas* do século XIX são, ainda, investidos, utilizados e ampliados por técnicas atuais de sujeição, nas análises das Lesões por Esforços Repetitivos realizadas pelo Instituto Nacional de Seguridade Social/RJ. Apresenta-se a aliança entre mulher/doença/ predisposição a partir da construção histórica da *natureza feminina* desenvolvida na sociedade produtiva, por necessidades criadas e respondidas por médicos, pedagogos, higienistas e outros. Dessas redes de discursos sobre as mulheres podemos ressaltar algumas construções que estão fundamentando o processo de descaracterização das LER como doença do trabalho: a culpabilização; a idéia de uma personalidade mórbida e predisposta ao *adoecimento* e a freqüente psiquiatrização dos sentimentos.

Summary

It is attempted, in the text, to mark how the mechanisms of power of the neuropsychiatric discourses about *nervous women* in the XIX century are, still, invested, used and amplified by the current techniques of subjection, in the analyses of the "Lesões por Esforços Repetitivos" conducted by the National Institute of social Security/ RJ. It is presented the alliance between woman/disease/ predisposition from the historical construction of the *feminine nature* developed in the productive society, due to necessities created and answered by doctors, pedagogues, hygienists and others. Of those nets of discourses about women we can emphasize some constructions that are substantiating the process of de-characterization of the LER as diseases of the work: the culpabilization; the idea of a morbid personality and predisposed to getting sick and the frequent psychiatrization of feelings.

¹ Doutoranda do CESTEH/ Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ. Prof^ª do Departamento de Psicologia/ Universidade Federal Fluminense. marilenevt@ig.com.br. Tel. 609-2056.

² Prof. Doutor pesquisador titular do CESTEH / Escola Nacional de Saúde Pública, da Fundação Oswaldo Cruz. minayogo@ensp.fiocruz.br.

Introdução

As afirmações sobre saúde, nas últimas décadas, atravessam nossa pesquisa sobre as Lesões por Esforços Repetitivos, à medida que estão sendo apontadas, a partir dos anos 90, em alguns países, como uma doença neuropsiquiátrica. Esta via específica ainda apresenta muita polêmica entre os estudos sobre o assunto, principalmente, por ser uma doença do trabalho passível de compensação e apresentar um índice crescente a cada ano de trabalhadores acometidos, o que faz crescer, no ato de fixar um diagnóstico, as implicações políticas, sociais e econômicas.

Tomando como referência de análise dados coletados em pesquisa, no INSS/RJ, com médicos peritos e trabalhadores lesionados que buscavam o órgão para a requisição do nexo das LER com o trabalho, verificamos que se, na década de 80, os trabalhadores portadores de LER vivenciavam momentos duros de embate com o INSS em relação à obtenção do reconhecimento desta doença como uma doença do trabalho, em 90, cada vez mais, a descaracterização do nexo, nesse processo de adoecimento, mostrava-se efetiva. Consideramos que esse desenrolar foi possível por ter sido deslocado para o sujeito a gênese do adoecimento, seja por susceptibilidade, personalidade, constituição ou predisposição.

Nesse contexto, observamos, na literatura recente, além das análises de abordagens ergonômicas, epidemiológicas e psicossociológicas que associam a doença ao trabalho, uma articulação entre as análises das doenças osteomusculares com os quadros de doenças crônicas ou mesmo psiquiátricas. Tal procedimento diagnóstico, geralmente indicado por um princípio psíquico, tende a rechaçar ou mesmo ignorar o trabalho como fator ativo no processo de adoecimento das LER, utilizando-se nos diagnósticos quadros tais como: distúrbios de personalidade *borderline*, simulação, obsessão, fobias, depressão e outros próximos a uma denominação genérica de "doença nervosa".

Esta idéia da doença expressando-se no corpo por um princípio psíquico foi historicamente descrita por Robert Sommer em 1894, daí surgindo à denominação *psicogênese*. Esta noção reaparece na discussão da Austrália, na década de 80, e, também, no desenvolvimento do termo *síndrome de comportamento somático*

utilizado para descrever as LER, na Suécia, no ano de 1994, por Nilsson, Gothe e Molin e, mais recentemente, em 1997, nos EUA, por Shorter.

O artigo de Voiss, em 1995, nos EUA, apontava uma análise dos enquadramentos das LER em *fato, fantasia ou fraude*. O autor descrevia algumas das confusões que podem aparecer em praticamente todas as áreas da clínica médica e, particularmente, em doenças profissionais. Em essência, esta confusão envolvia um fracasso primário em diferenciar fato e fantasia. Na área clínica, como afirma o autor, os médicos, não psiquiatras, sentem dificuldade em diferenciar uma patologia clínica no sistema neuro muscular periférico, como por exemplo as tendinites e as tenossinovites, de uma fantasia somatoforme descritivamente chamada "histérica" ou "psicogênica".

Esse deslocamento, embora traga uma estranheza aos estudos no campo da saúde do trabalhador, não é um fato isolado, o que, conseqüentemente, torna mais grave e radical a categorização das LER, sem o nexos com o trabalho e como uma "doença nervosa" que poderia acometer a população em geral. Neste contexto, um dado que nos parece pertinente, embora não tenhamos meios para estabelecer a sua correlação detalhada com as LER, está nas conclusões do Relatório da Organização Mundial de Saúde, de 1999, intitulado *Making a Difference* sobre a incidência de doenças na população. Este relatório apresenta as doenças neuropsiquiátricas como a principal causa de incapacidade para os adultos de 15-45 anos, tanto nos países de alta renda como nos de baixa e média renda. Utiliza como indicador uma medida de incapacidade denominada AVCI (Anos Vencidos com uma Incapacidade).

De acordo com este relatório, estamos em um período de transição epidemiológica de polaridade e desequilíbrio que levará o século XXI a deparar-se com um duplo fardo, dada às transformações radicais das necessidades sanitárias. Diz o texto:

"Nas regiões em desenvolvimento, os inimigos tradicionais que eram as doenças infecciosas e a desnutrição são rapidamente suplantados pelas doenças não transmissíveis como a depressão e a doença cardiovascular. (...) As lesões traumáticas tomam também uma importância crescente e, até o ano 2020, elas poderão rivalizar com as doenças infecciosas". (HWO,1999:19)

O estudo de Possas, em 1989, sobre a epidemiologia, a heterogeneidade estrutural e as condições de saúde no Brasil, havia assinalado resultados similares, embora enfatizando a coexistência com os velhos padrões das doenças infecciosas e parasitárias deste país. Sua pesquisa mostrava o perturbador paradoxo entre o intenso desenvolvimento das tecnologias médicas e as formas persistentes de adoecer e morrer da população, e o surgimento de novos modos de adoecer e morrer ditos "padrões de modernidade", tais como, as doenças crônico-degenerativas, as cardiovasculares, as osteomusculares, as doenças mentais, os acidentes e outras.

Tomando as LER como referência, podemos citar, nessa linha neuropsiquiátrica, autores como Awerbuch (1994) e Coher (1995) que, analisando diagnósticos de fibromialgia, colocam no quadro de doenças crônicas e inespecíficas os sintomas das lesões osteomusculares descritos anteriormente como tenossinovite, síndrome do túnel do carpo. Na mesma direção, Spence, Sharpe e Newton-John (1995) questionaram as relações de nexos entre as cervicobraquialgias e o trabalho, em pesquisa desenvolvida na Austrália, sobre o tratamento das doenças crônicas.

Nesse questionamento encontramos os trabalhos de Stefan (1994), na Alemanha, estudando os sintomas de dores osteomusculares e sua reincidência como casos de neuropatia hereditária e os de Assad, Iossifidis e Sutaria (1995), em texto produzido em conjunto, sobre a veracidade da Síndrome do Túnel do Carpo como doença do trabalho.

Os aspectos crônicos e degenerativos nas dores osteomusculares de trabalhadores foram ressaltados, também, na Suécia, em 1995, no trabalho em conjunto de Malmivaara, Viikari-Juntura, Huuskonen, Aho, Kivi, Koskimies, Kuosma e Kurppa, onde apresentam que a tenossinovite pode ser uma incompleta forma de doença reumatóide.

Mostrando que há polêmica entre os autores, as pesquisas de Smith e Wolf (1997), nos Estados Unidos, analisaram os casos de dores osteomusculares caracterizando-os como mialgias, dores crônicas e tendinites degenerativas. Outros autores, como Zimmerman e Clark (1992), continuavam a afirmar que os traumas acumulativos foram responsáveis pelo desenvolvimento de neuropatias ocupacionais. Ainda outros, tais como Schottland, Kirschberg, Fillingim, Davis e Hogg (1991), mais radicais por estarem "*levando em conta a recente falsa epidemia australiana de*

RSI", consideraram que embora o estresse e movimentos repetitivos no local de trabalho gerassem traumas cumulativos, podendo ser analisados como Síndrome do Túnel do Carpo, essa associação era, no entanto, pouco evidente, para eles, nas indústrias americanas.

Na Austrália, vai aparecer uma visão mais radical das dores osteomusculares classificadas como doenças neuropsiquiátricas. Bell (1989), por exemplo, as qualifica como distúrbios de personalidade e Lucire (1986, 1988) as compreende como doenças psicogênicas, entendidas como uma forma de histeria. Esses novos olhares contribuíram para que os casos de dores osteomusculares dos trabalhadores passassem a ser descaracterizados na denominação genérica de uma *"falsa epidemia australiana de repetitive strain injury"*.

Observamos estas mudanças de definições e entendimentos em relação às doenças osteomusculares dos trabalhadores como deslocamentos do território da doença relacionada ao trabalho, principalmente, por negligenciarem a própria história de constituição dessa doença que vem sendo empreendida por análises ergonômicas, epidemiológicas e psicossociais. Nessa via neuropsiquiátrica de análise, ressalta-se o caráter de predisposição ao adoecimento por degenerescência muscular inerente à vida; a predisposição ao fingimento e à somatização, por reações inadequadas frente ao conflito e à compulsão neurótica, também por dificuldade de controle dos nervos. Análises diagnósticas que passam a prescindir, segundo os médicos, da avaliação psiquiátrica.

Esta tendência também ganha força no Brasil. Alguns depoimentos, colhidos na nossa pesquisa no INSS/RJ, mostram essa leitura:

"O médico disse que eu estava precisando de um psiquiatra".
(trabalhadora)

"O médico do INSS fica tentando me convencer de que eu tenho um problema psicológico, um desajustamento". (trabalhadora)

"Falei com médico da NUSAT ele me examinou e disse que o meu problema era LER e lá na Barata Bibeiro o médico disse: 'O que você tem é sistema nervoso muito forte, e deu lá um nome estranho, que está causando isso em você' e mandou eu procurar um psiquiatra". (trabalhadora)

"O médico do INSS me deu alta dizendo que a minha doença era crônica e que eu ficar afastada só iria prejudicar a minha situação na empresa". (trabalhadora)

Observa-se que essa vinculação entre as lesões por esforços repetitivos e os registros neuropsiquiátricos foi facilitada, não só por uma tomada de decisão política que pretende reduzir os custos para as seguradoras públicas ou privadas, com doença do trabalho, mas também por uma aliança histórica entre uma certa definição de mulher e de doença nervosa, uma vez que um fato intrigante aparece nas pesquisas de forma contundente: a maioria dos trabalhadores lesionados pertence ao sexo feminino.

Aqui, no Brasil, as pesquisas sobre o processo de adoecimento das LER têm apresentado esta alta incidência de mulheres, como é o caso dos estudos de Cunha et al, 1992; Settimi & Silvestre, 1995; Ribeiro, 1997; Souza, 1999. Nossa própria pesquisa, mostrou que 84,52% dos prontuários que requisitavam o nexo das LER pertenciam a trabalhadores do sexo feminino e 15,48% ao sexo masculino.

Sabe-se, além disso, que esse dado tem sido constante, nas pesquisas sobre LER, mesmo fora do Brasil. As queixas de dores nos membros superiores para Viikari-Juntura (1983), dores cervicobraquiais e estresses para Hagberg & Weegman (1987) são, afirmam estes autores, muito mais freqüentes em mulheres que em homens.

Não desconsiderando que a inserção das mulheres no mercado de trabalho têm fatores de risco que lhe são inerentes e que podem ser fonte de adoecimento e nem sempre são apreciados, nosso estudo, no entanto, faz um recorte específico ao problematizar a inscrição das LER como doença de mulheres e as implicações, nesta inscrição, dos discursos históricos sobre a *natureza feminina*.

O estudo de Ribeiro (1997) analisando a questão do gênero indica que:

"É corrente em empresas brasileiras onde ocorrem LER, dizer que isso é coisa ou doença de mulher e referir-se aos adoecidos com expressões chistosas e depreciativas" (Ribeiro, 1977:195).

Destas são destacadas as composições em LERda, LERdeza, que aparecem também na nossa pesquisa.

Com o mesmo sentido pejorativo foram *traduzidas* as siglas LER por "Lorota dos Espertos Remunerados", e RSI, fora do Brasil, por "*Rampant Social Iatrogênese*" ou "*Retrospective Salary Increase*", que, mesmo não sendo referidas a um lugar feminino, reforçam a idéia da mulher adoecida, ao associarem-se a idéia da dissimulação

Observamos, a partir do estudo no INSS/RJ, que as queixas de dores e sofrimento dos trabalhadores com LER eram desconsideradas e que, freqüentemente, as mulheres eram acusadas de estarem demonstrando um comportamento de "pitis", "fingimentos", "fricotes".

Alguns depoimentos servem de exemplo:

"Alguns acreditam que me finjo de doente para não trabalhar... Dizem que é frescura de mulher". (trabalhadora)

"Os colegas e o médico dizem que é 'LER deza', que é fricote para não trabalhar..." (trabalhadora)

Claro que existem homens portadores de LER, pois como é uma doença relacionada ao trabalho pode surgir tanto em homens quanto em mulheres. Entretanto, essa leitura neuropsiquiátrica, com uma designação específica de dores e sofrimentos que pertencem às "*doenças de mulheres*", tem dificultado o diagnóstico das LER em homens. Muitos preferem o silêncio das dores às humilhações trazidas por análises preconceituosas em relação aos diagnósticos. Esta fala de uma trabalhadora é bem expressiva quanto a isso:

"Muitos homens tem sintomas de LER, no meu setor, mas sentem vergonha de dizer porque todos dizem que é uma doença de mulher". (trabalhadora)

Esse direcionamento das LER, como casos de "*doenças de mulheres*", pode ser, segundo o ponto de vista de nossa pesquisa, uma pista a ser desdobrada para uma maior compreensão dos encaminhamentos no INSS/RJ, (e não só o dele).

Trata-se de interrogar até que ponto esta redução serve para fortalecer uma idéia de antemão. Conforme observa Guattari:

"Quando nos reduzimos às categorias branco/preto ou macho/fêmea, é porque estamos com uma idéia de antemão, é porque estamos realizando uma operação redutora-binarizante e para nos assegurarmos de um poder sobre elas". (Guattari, 1987: 36)

No caso das LER, já conhecemos algumas reduções: doente/não doente, capaz/incapaz, produtivo/improdutivo, útil/inútil, orgânico/psíquico, masculino/feminino resta-nos então, questionar quais *"idéias de antemão"* estariam de alguma forma mantendo e expandindo essas construções de verdade sobre as LER.

Echternacht (1996) cita, sobre os estudos das LER, alguns pontos que consideramos fazendo parte dessas construções de verdade:

"Quanto às características do/a trabalhador/a, dois aspectos são especialmente citados como contributivo para o aparecimento das lesões, um quanto ao sexo/gênero trabalhador, outro, quanto ao perfil psicológico. Assim, ser mulher é considerado fator predisponente, devido à maior fragilidade do sistema músculo esquelético; a outros fatores hormonais tidos como não bem conhecidos e à dupla jornada de trabalho. Quanto ao perfil psicológico, pessoas de personalidade tensa e perfeccionista, e ainda aquelas que sentem desprazer no trabalho são consideradas predispostas". (Echternacht, 1996: 28)

A autora, combatendo essas análises, desenvolve sua pesquisa a partir de uma leitura ergonômica. Nós, da mesma forma, discordando dos pressupostos neuropsiquiátricos em relação às LER, questionamos quais as relações de força que afirmam esta vinculação entre mulher/LER/predisposição.

Histórias sobre as mulheres e seus males no âmbito da natureza feminina

A articulação histórica entre diagnósticos neuropsiquiátricos e mulheres, e as vinculações entre a mulher e a predisposição às LER, nos leva a indagar que tipos de produções instituem subjetividades femininas e que tipo de efeitos vão constituindo o campo de estudo das LER no Brasil.

Tomaremos inicialmente como foco os enunciados da psiquiatria, da higienização e da pedagogia que, no século XIX, colocaram a imagem da mulher na sociedade como representação do projeto modelador da *natureza feminina*.

Especialmente, nessa época, a biologia será centrada na idéia de degenerescência e os registros sobre as epidemias, as habitações e a higiene começarão a ser cenários privilegiados, para justificar intervenções na forma de viver de homens e de mulheres. Aparecem novos tipos de saber para dar conta das populações, tais como, a demografia, a localização das epidemias, as normas sobre o casamento, a preocupação com a sexualidade e a criação dos filhos.

A idéia de *natureza*, como algo que pode ser moldado pelas necessidades sociais, traz uma vizinhança de enunciados entre a mulher e a doença dos nervos introduzida pelo entendimento de uma formação histórica concreta, a saber, a da subjetividade feminina articulada pelo século XIX. Para Foucault (1995), são as práticas discursivas e não discursivas que constituem uma formação histórica e a questão da pesquisa dos enunciados de uma determinada sociedade é encontrar as práticas que tornam aquelas frases ou proposições algo de concreto na história. O sujeito seria, desse modo, efeito de enunciados. Não é o sujeito que condiciona o que é visto e falado, mas o sujeito é condicionado por um dito e visto pré-pessoal, pré-individual. Na análise, o que interessa é o enunciado, isto é, aquilo que é dito num determinado momento, num determinado espaço.

Podemos considerar a busca de sinais da aparência, no século XIX, como estratégias para uma atribuição de sentido em relação ao outro, como construções de enunciados sobre fragilidade e morbidez instituintes da formação de sentido e verdade sobre a vivência das mulheres. Não só uma idéia sobre as mulheres, mas todo um projeto de relações de poder que institui comportamentos, regulagens, controles, registros, inclusões e exclusões. Redes de enunciados que permitem alocar

o sentido da "*predisposição ao adoecimento*" em territórios múltiplos de enunciados de trabalho, de saúde, de doença, de responsabilidade, de tempo, de cadência que vai compor a regularidade de um modelo que se repete para ser seguido. Esse modelo é efeito de estratificações e definem um trabalho sem doença, uma saúde apta para o trabalho, a doença como desvio, a responsabilidade dos acidentes e das doenças atribuída ao trabalhador, o tempo e a cadência marcados pela produção.

Os modelos, neste caso, são visibilidades, não são causas são sempre efeitos de regularidades, de estratificações. Em relação à mulher, podemos visualizar uma multiplicidade de modelos que a julgam em um determinado sentido.

Perrot (1998) mostra que na história ocidental a percepção da mulher prende-se à idéia de desordem. Por ser vista como "*selvagem, instintiva, mais sensível do que racional, ela incomoda e ameaça*". A partir do século XIX, seus corpos investigados pelos médicos são descritos como:

"Doentes perpétuas, histéricas, à beira da loucura, nervosas, incapazes de fazer abstração, de criar e, acima de tudo, de governar". (Perrot, 1998:8-9).

Nesta construção, a cidade, o corpo das mulheres e dos homens, o entendimento da saúde e da doença são engendrados por alianças higienistas e morais

Mostrando vários segmentos de composição das LER como efeitos de violência em relação ao trabalhador, Ribeiro (1997) enfatiza a facilidade dos administradores, em responsabilizar o trabalhador adoecido desqualificando a doença, principalmente, das mulheres:

"Vai da insinuação pouco sutil de estar ou ser nervosa, ao xingamento escrachado de estar louca. As LER são ditas manifestações psicológicas, significando uma debilidade intrínseca do adoecido, logo sua autoculpabilidade. E como os adoecidos em sua maioria, são mulheres, as LER passam a ser coisa de mulher, expressão carregada de preconceito que mal disfarça a estratégia

de inibir a revelação da doença por parte dos homens". (Ribeiro, 1997:91)

Um projeto para as mulheres: entre a saúde e a degenerescência

A leitura da aparência da personalidade da mulher, no século XIX, acumulava um grande desafio. Deveria, inicialmente, romper com os valores do século XVII, quando as mulheres desprezavam as tarefas domésticas, gostavam de passear pelos salões, dormiam e acordavam tarde, pagavam pelas amas de leite e deixavam os filhos aos cuidados dos criados. (Badinter, 1987). E, depois, enfatizar como necessário para a mulher, logo para a sua natureza, o papel de *esposa-mãe-dona-de-casa*.

Essa transformação não afetava só o corpo da mulher, mas o sentido da figura feminina para a sociedade como mãe, esposa, dona de casa, amante. Um desafio que, para vários autores (Perrot 1994, Badinter, 1987, Rohden, 2000, Rago, 1985), exigiu um grande e árduo processo de domesticação que propiciou, no decorrer do tempo, a *"desvalorização pessoal, sexual, profissional e política da mulher"*. (Rago, 1985:228)

No Brasil, verificamos que os médicos higienistas Soares de Meireles, Cruz Jobim, J. M. Faibre e J. F. Sigaud atualizam esse projeto que fundamenta a Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro, tomando como inspiração o modelo da medicina de Saúde Pública francesa, no qual as diferenças entre o perigo e a virtude eram definidas pelo conceito de degenerescência.

Nesse sentido, as teses da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro são fundamentadas no arcabouço teórico do conceito de degenerescência e de desvio de comportamento. Elas apresentavam objetivos, muito pontuais, no empreendimento pedagógico para o ajustamento social de um tipo específico de *"personalidade"*, tomando como objeto principalmente as mulheres, conforme sugerem os títulos a seguir: *"Considerações gerais sobre a mulher e sua diferença do homem"* (Dr. Monteiro de Barros, 1845) e *"Generalidades sobre o físico e moral da mulher"* (Dr. Pereira, 1852)

O texto de Costa (1983) *"Ordem médica e norma familiar"* aponta alguns estudos sobre essa busca, presente na época, da apreensão da moralidade feminina. A

expressão social do nervoso feminino era considerada em relação à idéia de uma exacerbada sexualidade, daí a justificativa para uma intervenção médica mais intensa e consentida no casamento, na criação dos filhos, nas atividades sexuais.

"Constatava-se que a mulher era mais frágil fisicamente que o homem. Dessa fragilidade, inferia-se a delicadeza e a debilidade de sua constituição moral, com a ajuda dos estereótipos corrente sobre a personalidade feminina. Procedimento semelhante era usado na descrição da natureza masculina. A força e o vigor migravam do físico ao moral, marcando os traços sócio-sentimentais da personalidade do homem". (Costa, 1983:235)

A fraqueza em controlar os próprios sentimentos e desejos designava a aparência de uma debilidade moral na natureza feminina e ressaltava a necessidade da cultura de impor seus limites. Essa natureza era descrita como mais sensível, mais impressionável, mais volúvel e mais inconstante que a do homem. Esta crença mobilizava alguns médicos, pedagogos, criminalistas, trabalhadores, maridos e esposas.

Mostraremos alguns fragmentos das teses da Faculdade de Medicina, compilados pela Biblioteca Nacional de Medicina que evidenciavam a construção de uma personalidade de natureza débil, frágil à contenção dos nervos aliada à idéia de degenerescência nervosa por predisposição ou susceptibilidade orgânica. Diz dessa constituição particular a tese "Degenerescência" do Dr. Avelar de Andrade (1888) da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro:

"A causa que domina o desenvolvimento das afecções mentais, a causa das causas é a degeneração orgânica, hereditária, congênita ou adquirida, estável ou momentânea e que se traduz por uma suscetibilidade se manifesta sob a influência de causas externas que facilmente atuam e que são inerentes ao meio em que vive o indivíduo predisposto". (Andrade, 1888:96).

A degenerescência orgânica seria a expressão de uma incapacidade de ajustamento ao meio por uma natureza débil. A debilidade foi por muito tempo associada à irregularidade do útero responsável, não só, pelas modificações internas menstruais como pelas diferenças de humores. No século XIX, a histeria era a expressão de uma sexualidade exacerbada, passível de cura se concretizado o casamento.

A tese "*Considerações higiênicas e médico-legais sobre o casamento relativamente à mulher*", do Dr. Antonio de Fonseca Vianna, em 1842, fala da astúcia das mulheres para obterem a cura do excesso de sexualidade pelo casamento:

"Dizem muitos autores que se pode encontrar moças, assaz astuciosas para fingirem a epilepsia, a histeria e outras afecções, de que elas tenham ouvido dizer ser o casamento o único remédio, esperando que tratarão de as curar por esse meio". (Vianna, 1842:17).

O projeto higiênico vai configurar duas faces para o feminino. De um lado, a mulher casada cumpridora de sua função social de mãe e protetora da família na sociedade e, de outro, a mulher sem controle de seus instintos e daí, sem rumo, sem regras, sem leis.

Sobre a constituição particular da *mulher má* a tese "Degenerescência" do Dr. Avelar de Andrade (1888), também, da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, diz o seguinte:

"Como as histéricas eram instáveis, vaidosas dadas à vingança e à crueldade, inclinadas às orgias de todas as espécies, um dos caracteres mais importantes é a preguiça ou a incapacidade de aplicação para o trabalho regular". (Andrade, 1888:69)

Uma constituição de caráter que preocupava por ser pensada como lesiva a concretização de uma sociedade que se pretendia civilizada e progressista. Na tese de L. Oliveira, "*Da degenerescência psíquica*", em 1895, essa degenerescência passa a

configurar desvios morais, por estar vinculada a uma *personalidade perigosa* para a sociedade:

"O degenerado é todo aquele que vitorioso ou vencido pela luta da existência, por defeitos hereditários ou por lesões adquiridas do caráter ou por funcionamento atávico, psíquico, fica improdutivo ou nocivo à sociedade". (Oliveira, 1895: 85)

Os impulsos femininos deveriam ser educados pela contenção dessa natureza indomada, surgindo, assim, a virtude, o comedimento nos desejos e o gosto para o cuidado com os filhos e o marido.

Destes fragmentos ressaltamos que a produção de um saber sobre a mulher teceu o campo de possibilidade para as ligações de poder que acabavam instituindo um tipo de subjetividade feminina boa e má. Séculos antes, Rousseau e Kant defendiam o controle das emoções femininas, pela educação, já argumentando sobre a sua *natureza selvagem e frágil*.

A imagem de uma mulher *frágil* suscetível ao descontrole emocional e as mais diversas manipulações criava um campo propício para a pedagogia do equilíbrio e da contenção dos desejos no modelo bipolar da mulher nervosa e da esposa-mãe-dona-de-casa e, mais recentemente, esposa-mãe-dona-de-casa-trabalhadora-capaz.

Uma pesquisa recente (1998-1999) feita com 150 mulheres e 145 homens entre 15 e 28 anos, de faculdade e colégios de São Paulo pode exemplificar essas associações não só pelo título "*Mulher tem mais estresse: estudo paulista mostra que mais de 78% das moças são tensas contra cerca de 50% de homens*" quanto pelo encaminhamento dado a matéria, pelo jornal: "*Elas andam com os nervos a flor da pele*".

O estudo, realizado por psicólogas da Universidade Estadual Paulista e pela PUC- Campinas, leva as autoras a concluir sobre essa diferença entre homens e mulheres, que:

"Trata-se de uma diferença absurda, que pode ser justificada pelos tempos modernos e a tão criticada mas quase sempre inevitável,

jornada de trabalho. As tarefas se acumularam". (Jornal Extra, 08/05/2000)

Uma avaliação diferente é apresentada como contra-ponto, na mesma matéria, sobre a pesquisa do estresse, pela Psicóloga da Clínica de Stress e Biofeedback em Porto Alegre:

"A mulher divide mais as tensões, procura ajuda mais rapidamente e tem mais contato com o seu próprio corpo (...) Os homens racionalizam tudo, não dividem emoções e acabam escolhendo válvulas de escape como cigarro e bebida. Na verdade são mais estressados". (Jornal Extra, 08/05/2000)

As falas acima são exemplos das representações de sentido sobre as mulheres que reforçam, justificam ou rompem com a idéia de fragilidade nas leituras relacionadas ao cotidiano das mulheres. A busca da diferença entre homens e mulheres continua colocada e vai marcando lugares, expectativas, comportamentos e afetos que influenciam na convivência interpessoal.

Entretanto, ressaltamos que o sistema de produção não se importa, especificamente, com a mão-de-obra feminina, mas sim, com as intervenções de controle que moldam uma mão-de-obra específica e útil. O discurso sobre a mulher trabalhadora passa a apresentar alianças que a reconhece como mais submissa, mais ajustada, mais adequada para o trabalho manual, mais angustiada e ansiosa. Desta forma, no cotidiano de trabalho são marcantes as diferenças nas relações com as mulheres: o salário é menor, as oportunidades de carreira são muitas vezes interrompidas por conflitos e abusos de ordem sexual, as atividades são indicadas como mais monótonas, simples e detalhadas.

A transformação e o movimento dos discursos sobre a mulher, a doença e a predisposição.

O século XIX não foi o primeiro e único a colocar a mulher em discurso, mas marca o nascimento da psiquiatria, da psicanálise e da associação entre a mulher e a doença dos nervos, engendrando uma multiplicidade de saberes e de relações de poder sobre as mulheres que são pertinentes para a nossa discussão das LER. Mas, de qualquer forma, essa rede discursiva não teria uma origem ou um ponto final, mas permanência e rupturas que permitem a transformação e o movimento dos discursos sobre a mulher, a doença e a predisposição.

Em 1790, Condorcet, único filósofo de concepção feminista da Revolução Francesa, publicaria "Sur l'admission des femmes au droit de cite" insistindo sobre a igualdade entre os sexos nos aspectos sociais, familiares e políticos, pois a discriminação das mulheres seria contrária aos critérios de liberdade da Revolução. Nessa abertura revolucionária Olympe de Gouges escreveria a "Declaration des droits de la femme et de la citoyenne", no ano seguinte, iniciando uma campanha contra a *tiranía dos homens*. E, também, Mary Wollstonecraft redigiria "Vindication of the rights of the womem", em 1792, afirmando que a mulher poderia sentir-se igual aos homens desde que a educação e as condições sociais o permitissem.

Genevière Fraisse em "História das Mulheres", vol IV, expõe a concepção dos filósofos sobre a diferença entre os sexos. Fichte, Kant e Hegel, contrários ao estatuto jurídico e moral do casamento, concordam com a idéia de Kant da "incapacidade civil" e "dependência natural" das mulheres destinadas ao papel de reprodutoras. Idéia semelhante foi proposta por Hegel, ao eleger a mulher a rainha do lar e da família. Hegel ao discutir sobre o espaço público e privado expõe que a comunidade atualiza na mulher uma "repressão positiva da feminilidade".

Desde o trabalho de Rousseau sobre o contrato social no casamento por amor, na liberdade de escolha dos cônjuges e na felicidade compartilhada que a natureza feminina ideal será colocada a partir das características da docilidade e da submissão, mas não podemos acreditar em uma passividade total das mulheres a essas imagens, ou que a sua ruptura a essa normalização de comportamento seja considerado um desvio patológico e insano.

Muitas mulheres, tais como, Wright na Inglaterra, Susan B. Anthony nos Estados Unidos, Hubertine Auclert na França, mostraram a potência do despreendimento das mulheres a este sentido normalizador da *esposa-mãe-dona-de-*

casa, pois mesmo que as mulheres possam ter esses ideais não são totalizadas por eles.

Em 1883, Auclert, escreveu no jornal da época "La citoyenne" sobre a necessidade da luta das mulheres por direitos em relação: ao divórcio, à reforma das leis do casamento, à educação integral, à admissão em empregos remunerado, à mudança no estatuto jurídico para dispor dos seus bens sem a tutela de uma figura masculina.

O relato de Soihet, ao analisar a história das mulheres mostra, também, o longo caminho desse aprisionamento da concepção da mulher na sociedade e suas implicações na atualidade, à medida que as discussões de gênero vêm tentando superar essas dicotomias de sentido: ou santa ou rebelde.

"Até a década de 1970, muito se discutiu acerca da passividade da mulher, frente a sua opressão, ou da sua reação apenas como resposta às restrições de uma sociedade patriarcal. Em oposição à história miserabilista – na qual se sucedem mulheres espancadas, enganadas, humilhadas, violentadas, sub-remuneradas, abandonadas, loucas e enfermas...- emerge a mulher rebelde. Viva e ativa, sempre tramando, imaginando mil astúcias para burlar as proibições, a fim de atingir os seus propósitos". (Soihet, 1997: 278)

Dessas redes de discursos sobre as mulheres podemos ressaltar algumas construções que fundamentam um modelo de mulher de corpo frágil, predisposta à morbidez e à psiquiatrização dos sentimentos. Esse referencial irá sustentar o discurso da sintomatologia das LER e possibilitar a descaracterização desta como doença do trabalho.

Ao nos reportarmos às histórias das LER verificamos que os sentimentos de culpa, de angústia, de ansiedade e de medo taxados como componentes de uma predisposição ao adoecimento, embora analisados em homens e mulheres com lesões osteomusculares, acabam rotulados como "doença de mulheres".

Efeitos cotidianos da inscrição das LER como "doença de mulheres"

Viver com as LER não nos pareceu nada fácil para as trabalhadoras com as quais convivemos durante a nossa pesquisa. Entre as dores do próprio processo de adoecimento e as peregrinações em busca de reconhecimento de que seu corpo adoeceu no e pelo trabalho, sem desconsiderarmos as conquistas, ficam muitas passagens por humilhações, chacotas, desprezos, rancores, medos e angustias. Estes vários sentimentos, associados às dores musculares, próprias desse processo de adoecimento, constituem os sofrimentos intensificados pelas barreiras que as trabalhadoras encontram nos atendimentos periciais, no retorno ao trabalho, na acolhida em casa. Muitas dizem do sentimento de estranhar o próprio corpo quando adoece. Há uma sensação de não se pertencer integralmente, que as levaria a construção de um sentido de fragilidade diante da vida que acaba por se naturalizar.

Essa naturalização de um *corpo frágil*, sem resposta às solicitações do meio, tem um componente visível real de uma lesão muscular que exige um longo tempo de cura, e que varia em função de sua gravidade. Há também um componente psicológico de dores e sofrimentos que, embora invisível, é igualmente real. Ocorre e se intensifica, principalmente, quando o paciente exige do próprio corpo uma resposta idêntica às que desenvolvia antes de adquirir a doença do trabalho. Aliás, não só o paciente, mas o médico, os colegas de trabalho, a família, todos parecem avaliar o comportamento de quem adoece a partir das expectativas dos papéis sociais convencionais. Essa exigência, além de mostrar-se danosa à própria lesão - quanto mais se força a musculatura mais a dor permanece - impede que novas experiências sejam sentidas pelo trabalhador.

As queixas mais freqüentes referem-se à dor, mas são expressas a partir das naturalizações dos papéis de trabalhadora, dona de casa, mãe, esposa.

"As coisas começam a cair, você não consegue segurar uma caneta, sem cair da mão. O telefone já caiu da minha mão".
(trabalhadora)

"Depois da operação eu fiquei sentindo dores de não poder girar a mão, fica presa. E as forças eu também perdi bastante, eu perdi força mesmo, eu não posso pegar...em kg de feijão que eu boto na

minha panela de pressão, eu não posso pegar ela daqui para a pia, para botar no fogão". (trabalhadora)

"Essa mão aqui é diferente desta outra aqui, está tem um caroço, não tem força. Eu não consigo pegar ônibus, alguém tem que me ajudar a subir". (trabalhadora)

"... a questão sexual também, é um negócio complicado". (trabalhadora)

"É um sufoco. Eu tenho filho pequeno...é um sufoco". (trabalhadora)

Mas o que se passa? Como dimensionar o fazer, a dor e os novos envolvimento corporais? Como aprender a lidar com a dor, que já existe, sem cair nas malhas de um discurso de apropriação utilitária do corpo de uma idéia de saúde capitalizada que, por exemplo, exige o uso da mão esquerda, se a direita não corresponde. Imposições para agir de determinada forma, a partir de determinados quesitos de movimentos, cadências, gestos. Capturas, não só da ação, mas do sentir e do pensar que podem ser observadas nas avaliações, sobre o processo das LER, nas falas tanto dos médicos quanto das trabalhadoras.

Diz o médico:

"É um problema psicossocial e econômico. Desequilíbrio emocional e instabilidade". (médico perito do INSS/RJ)

Observa uma trabalhadora:

"Sentia muitas dores, não conseguia mais trabalhar. Fui ao médico e ele disse que não era nada; que era psicológico." (trabalhadora)

Vale ressaltar que as imposições das relações de produção exigindo respostas perfeitas e ágeis – um bom exemplo de que elas estão colocadas são as descrições das LER como "*overuse syndrome*" (Dennett e Fry, 1988) – evidenciam demandas de toda uma rede histórica de tempo-movimento no trabalho. Uma rede de economia subjetiva, que pressupõe identificações a quadros de referencia – mãe, esposa, dona

de casa, trabalhadora – a hierarquias inconscientes, sistemas de valores e disciplinarização aos quais as trabalhadoras tentam se situar. Tais modelos reforçam os territórios do bom e do mal, criando sentimentos de aproximação ou de rechaço em relação ao próprio corpo, e muito freqüentemente culpabilizações.

A fala de uma profissional do Núcleo de Saúde do Trabalhador, do Rio de Janeiro, exemplifica o reconhecimento da culpa pelo adoecimento:

"Eu acredito que o próprio cliente acaba incorporando a lógica de que aquela doença é dele que ele não pediu, mas é uma coisa dele, que ele ficou doente, que não é uma coisa coletiva e fica muito isolado. Ele não entende muito, o que está acontecendo. É muito difícil, é uma ignorância, no sentido de não saber o que acontece, porque o corpo dele não responde a nada, porque ele não consegue segurar um copo. Ele não consegue entender porque ele não vê um trauma tão grande, para ele, ele não levou pancada, ele não foi atropelado, nada e então, porque ele não consegue melhorar?". (profissional da equipe de saúde do NUSAT)

A criação de valores de reconhecimento fabrica formas de identificação. Faz corresponder imagens de referência a uma série de etiquetas e classificações delimitando quem fala, de quem se fala, de onde se fala. O discurso da predisposição das LER mostra um esquadramento na referência, por exemplo, de uma *personalidade obsessiva por trabalho*.

É freqüente percebermos esse discurso, também na fala das trabalhadoras:

"O médico tem razão, eu sou mesmo obsessiva no trabalho. Trabalhava muito rápido, ficava depois da hora, ficava preocupada com a fila do banco, queria atender todo mundo...por isso eu fiquei assim". (trabalhadora)

"Eu quis fazer tudo bem feito, porque sou obsessiva mesmo. E, agora, bem feito estou assim". (trabalhadora)

A trabalhadora fala da doença, da dor física que não suporta, da rejeição dos colegas, da culpa por ficar doente, da culpa por não ser mais o que foi. A dor cria peculiaridades nesse processo do adoecimento. Se entendermos que a saúde é o silêncio dos órgãos como nos apontou Canguilhem (1990) citando Leriche, é preciso que nosso corpo possa acompanhar com atenção a quebra desse silêncio, mas também a extensão do campo de possibilidade do silenciar. Quando a dor é reconhecida como um mal, estará reforçando o silenciar, expresso pela vergonha de ficar doente, pelo medo de falar da doença, pela tentativa de esquecer a dor, trabalhando cada vez mais e pela leitura da dor como elemento independente do trabalho. A dor também pode ser positivada, se referida a uma forma de resistência mas, para isto, é preciso expor o trabalho e, principalmente, se expor nas relações de trabalho.

O medo aparece em várias situações vividas pelas trabalhadoras. Um medo real de ter que levar seu desempenho às últimas conseqüências de produtividade, de adoecer e ser demitido, de não adoecer, mas estar sempre à espreita, vigilante, cansada, estressada. Esse medo pode ser intensificado pela impossibilidade de construir novos agenciamentos, novas alianças, novos embates. As acusações dos patrões, dos colegas de trabalho, as negações e diagnósticos médicos, a sociedade que as denunciam como inúteis mostra no corpo a cilada de um discurso que, além de silenciar a doença, exclui os doentes. Que, além de tornar asséptica e imparciais as relações de trabalho, histeriza o corpo e neurotiza as ações.

Uma forma de endurecimento da neurotização, da culpabilização e da exclusão sentida pelas trabalhadoras com LER é observada pelos discursos que fundamentam o silenciar da doença ao desqualifica-la como uma forma de simulação. Intrincada rede de produção de subjetividade, onde com aparente neutralidade os colegas de trabalho desprezam, culpam, afastam as trabalhadoras que adoecem, como se estivessem diante de uma estranha.

Uma trabalhadora fala desta frieza dos colegas:

"Sinto muita discriminação quando retorno. Dizem que eu estou 'LERda' e por isso eles têm que trabalhar mais" (trabalhadora)

"Encontrei com uma colega de trabalho e ela perguntou se eu não estava armando. Se aquilo no meu braço não era armação. Quer

dizer, a pessoa fica de uma certa forma magoada. Essa pessoa só vai entender mesmo do problema, quando ela tiver o problema, entendeu? É desse jeito mesmo, mas a gente fica magoada, deprimida". (trabalhadora)

Essa imagem de um *trabalhador-capaz* vai, nestas relações de estranhamento, perdendo consistência. A insistência em relação ao retorno e a desqualificação que falamos anteriormente definem, de certo modo, a distância do entendimento da doença como um acontecimento nas relações de trabalho. Um acontecimento no sentido de algo que muda, que traz implicações, que não pode ser desconsiderado, sob pena de permanecer como uma *linha de produção*. Trocam-se os trabalhadores, mas a esteira (ou a cenário) continua.

Se esses modelos são taxados como de *natureza feminina* quais as suas implicações na história dos discursos das LER? Registram-se essas implicações em rastros de olhares preconceituosos, em análises que apontam a subjetividade de um corpo que finge ao simular os verdadeiros sentimentos ou as intenções. E, são, também, focalizadas pela ênfase das LER, como uma predisposição mórbida.

O depoimento recente do Dr. Carvalho, em MG, pode exemplificar essa expressão das análises das LER pela noção da *personalidade mórbida*. Para ele "80% dos diagnósticos de LER estariam errados por serem fibromialgia". Explica seu ponto de vista, argumentando sobre a relação entre a fibromialgia e a personalidade dos pacientes:

"A etiologia da fibromialgia ainda se encontra em estudo e não é bem compreendida. Entretanto existem fatores que, com certeza, estão relacionados com a sua causa. (...) observa-se que o comportamento das pessoas é responsável pelo aparecimento da doença ou por sua perpetuação. Sabe-se hoje que as alterações destes também influenciam no comportamento. Assim, há características de personalidade que se associam a fibromialgia. Como norma geral são indivíduos preocupados, perfeccionistas e exigentes, que se consideram muito efetivos em suas atividades. Têm uma baixa auto-estima e tendem a responsabilizar terceiros

por seus fracassos". (Carvalho, 1997. Home-Page do Hospital de Arapiara/MG)

O autor não leva em consideração os esforços repetitivos, nos quadros de fibromialgia dos trabalhadores. Entretanto, considera que as atividades físicas, repetitivas ou não, podem desencadear ou agravar *"os sintomas de dor numa pessoa previamente predisposta"*. Sugere a existência de uma má fé coletiva que estaria criando *"uma indústria da LER"*, com intuito de obtenção de benefícios pecuniários de forma escusa. (Carvalho, 1977: Home-Page do AHMG)

As pistas, que segundo os médicos peritos são das aparências - o andar, os gestos, o falar, o batom, os cabelos, as roupas –, deixam sinais para a análise. Tais dados, servem como elementos privilegiados para o exame clínico e para a negação da doença, embora muitas entrevistadas tenham apontado que as trabalhadoras ainda apareciam arrumadas, porque as mães as ajudavam e porque não queriam, além de doente, parecerem relaxadas. E, além disso, precisavam sentir-se melhor. Por que não? - perguntavam.

"Indumentária das LER: colar cervical, tipóia, ataduras, maquiadas, com brinquinhos... Não poderiam colocar brincos nem maquiagem, além disso, não tinham diferença da cor da pele, sem ataduras ou tipóia, ainda as imagens laboratoriais são normais".
(médico perito do INSS/RJ)

"Têm pessoas que até por desconhecimento, ou têm até a falsa ilusão, que dizem: 'Ora, ela anda, ela fala, ela bota batom, penteia o cabelo, então, não está doente' e joga uma piada: 'Será que você está com isso mesmo?'. Porque não é visível, tão visível, porque está inchado. Mas eu acho assim, eu acho que a doença, você acredita que a pessoa está doente, se a pessoa estiver na cama ou se estiver bem visível". (trabalhadora)

Gestos que são lidos como dissimulação, fingimento e que pelo depoimento de um funcionário da equipe de atendimento do CRP/INSS dificulta o afastamento

do trabalhador das atividades que já o adoeceram e que permanecem agravando o seu estado. Uma desqualificação pressentida frente às trabalhadoras lesionadas

"Quando você acena uma melhora elas gostam, mas o difícil mesmo, no caso da LER é parar com as atividades que levam as LER. Porque também, rotulou-se que é doença de mulher, doença de bancário. Mas, não é. Todo o movimento repetitivo pode levar".
(profissional da equipe de saúde do INSS/CRP)

Os sentimentos ficam confusos: mágoas, tristezas, desalento. Sentimentos que atravessam o adoecido em sua peregrinação pelo reconhecimento da doença, que freqüentemente caem no vazio, quando os laudos são arquivados sem uma resposta definitiva, ou quando reiteradas vezes são destratadas no caminho.

Os profissionais da equipe de saúde do INSS/CRP falam dos sentimentos das trabalhadoras que os procuram depois de passarem pela perícia.

"Geralmente essas pessoas chegam arrasadas. Tem o exemplo de uma paciente que expressa bem. Ela foi ao médico porque não estava conseguindo trabalhar e o médico falou pra ela que ela estava muito mal e colocou na carta outra coisa, mandou para o trabalho dela dizendo que ela estava simulando, porque os exames que ele fez deu tudo normal, mas como é domínio na fase aguda dá normal, e mandou para o médico do trabalho da firma".
(profissional da equipe de saúde do INSS/CRP)

Os sentimentos são vividos com grande intensidade, são tantos os embates e os confrontos que fica difícil não sentir ansiedade, angústia, irritação. A questão é: por que esses sentimentos são priorizados frente às dores osteomusculares nos diagnósticos das LER? Por que são avaliados de forma isolada como uma característica de determinadas personalidades específicas, isto é, propensas a morbidez?

A apropriação de um referencial psicossomático na análise das LER é mais uma construção de saber/poder que tece os seus discursos aliando-se a um *savoir-faire* que foi historicamente identificado como "doença de mulheres".

"Agora estou sempre nervosa, deprimida...não sei o que fazer".
(trabalhadora)

"Eu por exemplo, entro no trabalho se precisar ficar depois eu fico, sem cobrança. Se me pagar pagou, se combinar também compensar, compensa. Quer dizer, não tem esse tipo de problema. Aí, a gente ouvir de uma colega que conhece a vida da gente, por sinal, 'Ah! Não é armação para ficar em casa' Eu fiquei tão irritada em casa, tão nervosa que eu me mudei de mala e cuia para dentro da geladeira". (trabalhadora)

"Eu trabalho desde os 14 anos, eu não sei o que é ficar em casa, a não ser por licença maternidade, tanto que para mim foi muito difícil quando o médico falou que eu teria que ficar de licença 60 dias. Engordei 11Kg de nervoso, ansiedade né?" (trabalhadora)

A leitura das LER como simulação e predisposição desdobra formas de violência no trabalho, na família e, também no tratamento das trabalhadoras que adoecem. São comuns as queixas de rejeição, de afastamento dos colegas, de desconfiança em relação às dores.

"Tem médicos que são grosseiros ao examinar; 'Faz isso, faz o movimento com a mão, abre e fecha' Quando essa não faz: 'Você vai perder os movimentos da mão, você tem que fazer'" e vai puxando. Mandam você fazer um movimento e se você não faz, acham que você não faz porque está querendo aumentar alguma coisa. Afirmam coisas que você pode fazer que na verdade, você não pode mais. 'Junta o dedo polegar com o mínimo'. Aqui vai [mexe um dedo] este não pode mais, ele não vai. Aí teve um que segurou com a própria mão e disse: 'Vai faz'. Aí eu recuei de dor e retirei a mão e ele disse: 'Eu não vou te machucar, não'".
(trabalhadora)

Os depoimentos obtidos entre os profissionais de saúde no NUSAT e do CRP/INSS mostram a dificuldade de informação, a dor sentida pela doença, a tristeza por um mau tratamento, pelo desgaste e pelo desestímulo.

" Lá no Núcleo é assim, uma choradeira só". (profissional da equipe de saúde do NUSAT)

"É esse braço que não faz nada, esse braço, essa mão, esse dedo, como se essa porcaria...se pudesse ser cortado eu colocava outro... Além do que deve ser muito ruim você sentir dor, todo o dia, de noite pior ainda, à noite porque é frio e piora. Aí, além do indivíduo ter passado o dia todo com dor, não consegue dormir. É um sofrimento muito grande que a gente não tem noção, acho que as pessoas que estão lidando com isso não têm noção." (profissional da equipe de saúde do NUSAT)

"Chegam aqui querendo o mínimo possível, no caso como eu falei, só em mandar sentar e ouvir a pessoa eles já se sentem aliviados, então, as pessoas por passarem por vários locais e alguns locais infelizmente mal informados, já chegam aqui sem esperança, querendo informações rápidas. O que a gente vê é essa ansiedade, essa irritabilidade, esse desgaste do trabalhador, o desestímulo total". (profissional da equipe de saúde do INSS/CRP)

"Ele vem traumatizado pelo atendimento que ele teve durante o acidente. Traumatizado com o mau atendimento, ninguém ouve o que ele diz. Aqui ele tem horário marcado, tem alguém para ouvir o que ele tem a dizer, ouvir todas as queixas. Ele chega a dizer: 'alguém botou a mão em mim, felizmente'". (profissional da equipe de saúde do INSS/CRP)

Muitas vezes a pré-concepção das LER como "doença de mulheres" cria escalas de valor e rótulos que comprometem o atendimento.

As trabalhadoras falam da relação com os médicos:

"Um médico indicou a cirurgia o outro médico disse que não ia adiantar. Eu fiquei com medo, não sabia o que fazer...continuo sentindo muita dor e tomando muito remédio". (trabalhadora)

"Essa cirurgia aqui eu fiz em 1994, de uma fratura , daí já começou a doer os tendões aqui do pulso, fiquei 10 meses, sem ter condições de operar, ia nos postos e não operavam. Operei o cotovelo, fiquei, depois de operada, 6 meses de licença, daí fracturei aqui quando voltei a trabalhar. Foi uma dor danada, chorava de dor e aí o medico disse que eu tinha que operar os dois punhos, primeiro o esquerdo, que estava pior e depois o direito. Foi o que eles fizeram. Mas eu ainda sinto muita dor e não tenho mais força nas mãos".(trabalhadora)

Ao operar os dois punhos e continuar com as dores, fez novo exame médico e aí, a surpresa: o problema passou a ser consequência da cirurgia. A relação com o trabalho ficava cada vez mais distante.

" Aí, depois da cirurgia , da segunda né, porque dessa aqui [mostrou o cotovelo] o médico só me deu 60 dias. Quando eu fiz a operação em 97 é que eles me deram esta licença prolongada, porque eu fiz perícia lá em olaria. Fiz a 1ª e a 2ª lá, de lá me mandaram para a Clínica São Sebastião, para um avaliador e um ortopedista. Ele falou que o meu caso era complicado porque eu já havia feito duas cirurgias". (trabalhadora)

O trabalho continua, as dores são insistentes, mas a negação do nexo da doença com o trabalho permanece.

"O médico dizia das dores; 'você está com problemas de artrose e mandava para a fisioterapia'. Ai, eu tratei com um reumatologista, tinha muitas dores nas mãos. Fiz um tratamento prolongado de um ano e quando fracturei o braço, as dores pioraram novamente.

Tiraram eletromiografia e acusou problemas nos tendões".
(trabalhadora)

"Tanto que eu tenho sentido muitas dores nas mãos. Eu entrava de licença, eles me afastavam 15 dias. Aí, eu voltava. Como digitadora tinha que trabalhar digitando, aí tinha que diminuir o ritmo. Diminuía o ritmo e botava uma pomada, uma compressa, uma mensagem e ia levando. Teve uma vez que botei gesso, como a mão ficou imobilizada aliviou bastante. Consegui trabalhar 6 meses, estava doendo, mas tomava comprimido...também pela necessidade de trabalhar que a gente tem, medo de perder o trabalho, tem toda uma história aí. Tinha que pagar meus estudos, fazia faculdade, então...Só que chegou a um ponto que eu não agüentei, tive que sair de férias porque eu estava sentindo muita dor. A mão muito inchada, aí foi quando eu resolvi...E de lá para cá, tem um ano que me afastei. A fisioterapia não dá certo. Eu tomo medicamentos. Fiz exames, já está diagnosticado LER a mais de 1 ano. Estou com isso desde 95, são três anos, nisso...".
(trabalhadora)

Os pacientes falam dos tratamentos que são indicados. Muito esforço, terapias tradicionais e alternativas, mas pouca resolutividade. Parece que a ausência de uma efetiva relação do desenvolvimento das dores osteomusculares com o processo de trabalho acaba tornando, mesmo os bons tratamentos, parciais, principalmente, por agenciarem ao sujeito as condições de possibilidade do adoecimento e por negligenciarem as situações de trabalho.

"Continuo sentindo dor e o médico me diz que não é cirúrgico, mas que eu tenho que continuar o tratamento. Agora estou fazendo acupuntura. Ele me indicou RPG que é Postura Corporal Global, que é mais por base de ergonomia do que..., mas continuo com dor. Vou fazer ultra-sonografia porque perdi a força da mão".
(trabalhadora)

"Faço fisioterapia e tomo cortisona. Sinto dor e dormência. Desse dedo já não tenho tato. A dor continua desde o braço até o ombro".

"Eu seguro a dor com remédio demais também, né? Analgésico o tempo todo. Analgésico acaba com o estômago". (trabalhadora)

Processos que levam anos sem serem resolvidos, dores que insistem e encaminhamentos que, além de desconsiderarem o processo de trabalho como fator de adoecimento, culpabilizam o corpo pelo próprio adoecer.

São comuns os encaminhamentos de diagnósticos que indicam degenerescência. Neste caso, quando as trabalhadoras falam desse processo de adoecimento, a partir da sua história de trabalho, estão colocando em xeque os espaços do trabalho que adoecem. E, em princípio, este é o seu discurso de combate contra a neuropsiquiatria das LER, no INSS/RJ.

"O tempo todo eu sempre lidei com digitação Estou nesta função de digitar a 17 anos. Comecei a sentir muitas dores nos braços em 92, mas naquela época não eu nem conhecia esta doença. Só sentia dores nas mãos e aqui em baixo do braço tive até que fazer uma cirurgia. Trabalhei também em telemarketing que você digita do dia todo, sinto sempre esse formigamento nas mãos, tensão nas mãos e nos braços. Em casa não faço trabalho de nenhum, sempre tive empregada e sempre trabalhei fora". (trabalhadora)

"A máquina de escrever manual você bate com uma força mecânica um dedo de cada vez, não faz um movimento rápido com os dedos, mas na elétrica você bate mais rápido. Eu batia, eu fiz um trabalho provisório, em uma empresa de cobrança que para ficar na empresa tinha que bater 600 cartas por dia. Eu cheguei a bater 800 cartas de cobrança, as vezes quase mil por dia. Eu batia bem rápido. Bato super-rápido". (trabalhadora)

"Eu acho que quem trabalha 10/12 horas por dia por opção que poderia trabalhar 6h/dia no meio de um projeto super importante, como é o meu caso, trabalhando, não vai querer arrumar uma coisa para não trabalhar, pelo contrário". (trabalhadora)

"Trabalho no banco X com digitação há 18 anos, faço ficha de compensação e documentos cadastrais. Trabalho 6 horas e, para cada hora, paro para descansar 10 minutos. Têm cadeiras apropriadas, descanso de braço. Têm fisioterapeutas dando orientação. Fiquei doente porque eu trabalhava em outros lugares onde não tinha isso, eu trabalhava muito por produção. Tinha dois empregos, entrava em 1, saía e entrava no outro. E digitação é trabalho em massa. Tinha que trabalhar por produção 1000/2000 fichas, como ganhava por produção tinha que trabalhar muito. O ambiente era muito refrigerado e os terminais não eram como os de hoje. Eram duros, os teclados eram totalmente fora de encaixe. Eram máquinas de disquete, ainda do tempo de máquinas perfuradoras. Hoje tem uma prevenção maior, mas eu trabalhei durante muito tempo em condições ruim e isto foi se agravando".
(trabalhadora)

"O meu problema não é psicose não, é dor mesmo, de trabalhar. Quando eu começo a fazer as coisas eu pioro. Se eu paro, eu melhora um pouquinho. Minhas mãos não têm mais resistência, não é mais aquela, sinto as minhas mãos presas, sinto prender tudinho. Não tenho agilidade. Sinto dormência, formigueiro, esfriar e esquentar. Tem dias que eu embrulho assim (mostra a mão em reza) mais essa friagem, antes mesmo de operar tudo eu chegava no trabalho geladinha e com dor, a menina fazia massagem com álcool, para eu começar a trabalhar, senão não dava". (trabalhadora)

Conclusão

A grande incidência das LER registrada em vários países nos anos 80, proporcionou a preocupação com a doença, nos anos 90. As ações que decorreram daí instituíram-se muito mais pela vontade de normatizar o comportamento de adoecer que eclodiu como "epidemia nos anos 80", do que pelas intervenções em suas relações com o trabalho. Não é, pois, por acaso que as LER serão volatilizadas, pela "histerização" do corpo da mulher nos anos 90. As afirmações do tipo "se são

mulheres tem mais probabilidade de adoecer porque são nervosas" refletem a imagem deste corpo, na dimensão de um modo de subjetividade que aliou morbidez ao feminino nas LER.

Quando apresento as teses dos médicos da Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro procuro mostrar uma construção histórica sobre a mulher, estudando não uma pura descrição de identidade, mas uma construção da figura feminina aliada à doença dos nervos configurando a "mulher nervosa". Essa produção tornou-se possível pela ação dos higienistas e dos pedagogos na pretensão de um projeto civilizatório para os indivíduos. A educação de um corpo capaz para a reprodução e para o lar molda a "natureza" por vários constrangimentos. Produzem, ao mesmo tempo, a figura de mãe e os seus avessos: a figura da nervosa, histérica, insatisfeita, insegura, frágil.

Na análise que desenvolvemos buscamos entender por que o corpo feminino tornou-se um *acontecimento* na história das LER à medida que as mulheres tornam-se alvos de investimento nesse jogo de produção de verdade. Assim, se, hoje, nas análises das LER a mulher é colocada como referencial de verdade de um corpo predisposto ao adoecimento é porque se tornou positivo esquadrihá-la em um perfil que a descreve como "*ansiosa, nervosa, perfeccionista, neurótica, insegura...*".

Mas o que está em jogo? O que acontece, na atualidade com este corpo que está sendo capturado para volatilizar essa expressão persistente e insistente de um corpo que perturba o silêncio da dor e do sofrimento no mundo do trabalho?

A produção das LER como "*doença de mulheres*" serve a este silêncio ao reforçar toda uma construção identitária de força e virilidade masculina e também a descaracterização e, certamente, o desprezo e a ironia, ao ser classificada na "psiquiatrização moral do feminino", ou seja, nos pitis, na simulação.

Podemos considerar que se construiu uma forma de viver com as LER que positiva um estado de fragilidade permanente: ansiedade frente ao próprio corpo que não responde aos movimentos voluntários, medo do desamparo frente à rejeição dos colegas de trabalho e da negação dos médicos, angústia e desânimo frente às dificuldades do reconhecimento; medo do desemprego, que muitas vezes é certo quando se está doente e trabalhando.

Neste caminho, os trabalhadores, os profissionais de saúde e as instituições convivem com a doença exacerbando um sentimento de queixa, de falta, de carência. Tornam-se comuns as expressões de falta de capacidade, de utilidade, de

ajustamento, de solidariedade, de escuta em relação à dor, de acesso ao atendimento. Os médicos também se direcionam pela falta: falta de confiança em relação ao comportamento do trabalhador, de informações sobre o processo de adoecimento, falta de cooperação do paciente, de recursos para a saúde. As instituições de trabalho queixam-se de falta de motivação, de produção, de eficiência.

Quanto mais nos envolvemos com as dificuldades trazidas pela negação do nexo das LER com o trabalho, mais verificamos a construção de um discurso que pretende fragilizar e naturalizar em perfis cristalizados as trabalhadoras: todas teriam conflitos não resolvidos, somatizariam as ansiedades desses momentos e expressariam dor, por carência e fragilidade.

Este encaminhamento das LER pela falta investe no *status quo* da assepsia da dor e do sofrimento. Como produção, marca territórios existenciais padronizados, já que se atualiza com morbidez, serve muito mais a fraqueza do que a expansão do corpo. Enquanto as pacientes se vêem como doentes e incapazes ficam pressionadas por este modo de produção de subjetividade que associa o feminino ao frágil. As trabalhadoras adoecem, os peritos buscam identificar o lugar da morbidez feminina e as mulheres, ou os pacientes em geral, enquanto portadores da doença acabam por reconhecer a própria morbidez.

A idéia de um trabalhador-saudável é capturada pelo território do asséptico/industrial produzindo gestos, expressões, movimentos e ritmos estabelecidos pela padronização pautada na eficiência. A idéia de um trabalhador/doente funda um lugar de incapaz na estrutura da produção, reafirmando um processo de exclusão nas relações de trabalho.

Assim, a doença analisada no registro do corpo-frágil constrói uma forma de identidade calcada no desalento, na impossibilidade, na fragilidade, marcando de forma decisiva a inscrição das LER como "doença de mulheres".

Conclusão

A proposta de nossa pesquisa foi analisar as redes discursivas que constituem o nexos das LER, a partir da problematização dos encaminhamentos, no INSS/RJ. Partimos de duas referências concretas obtidas pelo levantamento estatístico dos prontuários da Perícia Médica, do INSS/RJ, no período de março 1997 a dezembro de 1998: na primeira, o nexos era sempre negado pela perícia; na segunda, a possibilidade dessa negação das LER como doença do trabalho, era efetivada pelo argumento da predisposição do paciente a adoecer. Nos laudos da perícia, que analisamos, obtivemos 84,26% dos casos de LER registrados como doença crônico-degenerativa. Uma tendência bastante peculiar, que não foi observada nem na Comunicação de Acidente de Trabalho, nem nos diagnósticos emitidos pelos médicos conveniados às empresas, como pode ser verificado na Tabela I - Diagnósticos da CAT, dos convênios médicos e do INSS em processos para reconhecimento das LER, no artigo I, ou no anexo 8.

Articulações complexas engendravam esses diagnósticos das LER como doenças crônico-degenerativas, à medida que serviam à separação entre esse processo de adoecimento e o trabalho, pela via da predisposição do sujeito. Percorrendo os enunciados assinalados pelo INSS para definir o trabalhador e a doença osteomuscular, encontramos conceitos específicos: a doença era vista como subjetiva, os trabalhadores eram considerados astutos ou simuladores, pois, segundo os médicos peritos, fingiam estar doente para não trabalhar, ou quando doentes e reconhecidos, representavam um ônus para o sistema previdenciário.

Verificamos que a questão do reconhecimento da doença, no INSS/RJ, extrapolava a questão médica, por razões políticas: múltiplos diagnósticos eram fornecidos, mas o laudo negava, sistematicamente, o nexos e o benefício acidentário. O grande impasse para a Perícia Médica do INSS/RJ era ter que lidar com uma doença que permitia o benefício acidentário.

O discurso médico, do INSS/RJ, nega as LER pela via neuropsiquiátrica como uma diretriz, a princípio para a contenção dos custos da previdência. Mas, não é só isso que ocorre. Entre normas e ordens de serviço, a comunicação vai sendo homogeneizada e, infelizmente, constatamos que há uma gradativa e maciça descaracterização das LER como doença do trabalho.

Não precisava ser assim. Se de um lado os discursos são encaminhados para negar as LER pela via da neuropsiquiatria, por outro, esta mesma via não é um impedimento para o nexo. A Lei nº 8213/91 Regulamento da Previdência Social, revisado pelo Decreto nº 3081/99, Resolução INSS/nº 10/99 aprova os Protocolos Médicos para Benefícios por Incapacidade, no Anexo II, Grupo 13 "das doenças osteomusculares". Expõe entre elas, a dor articular, a síndrome cervicobraquial, mialgias, tenossinovite etc... Isso prova que não há um impedimento legal no reconhecimento das doenças osteomusculares, se estas doenças forem produzidas pelo trabalho, mesmo daquelas associadas às doenças reconhecidas pela reumatologia e pela neurologia.

Mas, a historiografia das relações entre saúde e trabalho nos mostra, quando referendado o corpo, que a lógica de capitalização da saúde tem eximido o trabalho das suas relações com os processos de adoecimento dos trabalhadores e, assim, naturalizado que o trabalho e suas condições adversas não afetam o corpo e pressupõe a saúde como ausência de doença ou disposição para o trabalho. Além disso, podemos observar que os diagnósticos neuropsiquiátricos servem muito mais a disciplinarização e ao controle da mão-de-obra dita saudável do que à análise diferencial, posto que, tais diagnósticos compõem-se na referência de personalidades neuróticas, histéricas, borderline, de condições gerais de saúde crônicas e degenerativas, gerando discriminações e preconceitos.

Podemos considerar vários estudos que na aliança entre subjetividade e trabalho buscam parâmetros para fortalecer o nexo entre a doença e o trabalho, construindo com profundidade o campo da Saúde Mental do Trabalho. Estes estudos abarcariam, entre outros, a Psicodinâmica do Trabalho que utilizando categorias de identidade psíquica analisa o sofrimento psíquico e os mecanismos defensivos para enfrentar as adversidades do trabalho. Neste enfoque o reconhecimento do indivíduo pelo grupo revitaliza a saúde. O sofrimento advém do significado do trabalho para os trabalhadores. A Psicologia Social do Trabalho vai utilizar a categoria de identidade social para definir o grupo homogêneo de trabalho. Analisa a sujeição e a resistências dos trabalhadores ao impacto das novas tecnologias. O sofrimento é determinado pelas estruturas do trabalho, isto é, situações ansiogênicas e estressantes mostram os aspectos psicossociais que caracterizam o risco. Neste caso, o esgotamento físico e emocional do trabalhador desenvolve imagens negativas e atitudes desfavoráveis em

relação ao trabalho. Em um trabalho mais integrado o ergonomista estuda cargas cognitivas, físicas e psicoafetivas ou emocionais.

Na contra-mão desses estudos encontramos o INSS/RJ mostrando um específico espaço de subjetividade. Partimos para uma análise da economia dos discursos sobre o nexos buscando delinear os caminhos que marcaram a ruptura do enunciado das LER como doença do trabalho ao ser introduzida a questão do fator de predisposição ao adoecimento, da doença degenerativa e da simulação nos diagnósticos visando à descaracterização das LER.

A grande polêmica sobre o tema, mostra que abordagens multifacetadas têm sido empreendidas em diferentes países, entre eles, os estudos de ergonomia, de epidemiologia, de reumatologia, de neurologia, de psicologia e de psiquiatria. Os subsídios teóricos mostram possibilidades de compreensão das LER, de acordo com o interesse que demandam na relação trabalho/saúde. Para entendermos o funcionamento da construção das LER, no INSS/RJ, fizemos alguns recortes.

Um deles, foi desdobrar o discurso da "*epidemia das LER*". Este, de um lado, tem uma representação real, devido ao crescente número de casos de trabalhadores que são acometidos por doenças osteomusculares no trabalho; por outro, traz em sua história um dado pejorativo, ao ter como referência à "*falsa epidemia*" australiana.

Não queremos maximizar na história das LER a influência australiana, até porque, nem na própria Austrália houve hegemonia na consideração dessas doenças como essencialmente relacionadas aos aspectos psíquicos radicalmente separadas das questões do trabalho. As pesquisas de Bammer e Martin (1988) provam o contrário e foram todas realizadas, naquele país, com enfoque ergonômico. Mas, também, não podemos minimizar o impacto das análises propostas pelas trilhas da iatrogenia, da cronicidade e da psiquiatrização das LER, principalmente, porque são dessas linhas que partem as análises do INSS/RJ.

Não consideramos essas trilhas como sendo de indubitável veracidade, inclusive discordamos delas. Mas, em um momento de transformações radicais em relação às questões de estabilidade, segurança e pertinência nos contratos de trabalho, essa leitura das LER, como subjetivas e sem relação com o trabalho, passa a legitimar os discursos da redução dos custos com acidentes e doenças, e a configurar a ausência de compromisso com a saúde dos trabalhadores.

No caso do Brasil, podemos relacionar algumas ações que, cotidianamente, também facilitam a descaracterização da doença do trabalho. São ações gerais que envolvem as LER: o investimento em treinamentos individuais, sem a preocupação devida com a renovação e manutenção dos equipamentos, muitas vezes pela opção em reduzir gastos com segurança; as demissões freqüentes de trabalhadores que adoecem, para evitar que as doenças sejam associadas ao trabalho; a atitude do médico de não preencher a CAT corretamente, não citar diagnósticos e ser evasivo quanto às doenças que acometem os trabalhadores; o hábito da subnotificação e da ausência de estatísticas sistemáticas sobre acidentes e doenças do trabalho nas empresas, nos Postos de Saúde, no INSS, facilitando a sua pseudo-inexistência; a atitude do trabalhador de esconder a própria doença para não correr o risco de perder o emprego e/ou de ser hostilizado por estar doente; os complexos investimentos do INSS/RJ na negação do nexo das doenças do trabalho.

Nesse campo de possibilidade de negar radicalmente as LER, a preponderância das análises neuropsiquiátricas parecem mostrar muito mais que diferenças nas idéias, elas articulam domínios de poder no estabelecimento dessas doenças, ao delimitar quem é o trabalhador que adoece e quais as características que definem o adoecimento e o adoecido.

São relações instituídas por saberes e formas de poder que revitalizam, na atualidade, antigas formações históricas da culpabilização operária, do corpo útil, da doença como inutilidade social e da exclusão do doente e, além disso, legitima o discurso da reconstrução da definição do território da doença do trabalho, através da leitura das LER como "doenças de mulheres" predispostas ao adoecimento.

A definição dos DORT como:

"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", (MPS/1997, DORT)

introduz a "*síndrome crônica*" na doença do trabalho, mas, também, traz um novo discurso pericial. Deixa margem a um entendimento como "*problema de consideração*" que se identifica como independente do trabalho: "*As LER estão*

saindo dessa linha de doença relacionada ao trabalho". Isto significa que a doença pode ser crônica, mas sem nexos.

Desta forma, quando se discute os diagnósticos das LER com o INSS, tudo é admissível, mas o que os tornam públicos são os laudos que negam ou afirmam seu reconhecimento. E estes, cada vez mais, expressam as LER como doenças neuropsiquiátricas e sem relação com o trabalho.

O INSS foi produzindo um certo conceito de ser que se identificava externamente como "contra o trabalhador", "negligente quanto às implicações do trabalho no processo de adoecimento dos trabalhadores", "economicista nas decisões relacionadas à saúde dos trabalhadores" que, muitas vezes, são traduzidas como diferenças de idéias. Consideramos que a questão não é de distinção ou de oposição, mas de relações de poder: uma organização de desejo e de seu investimento. A partir dos dados da nossa pesquisa sobre o encaminhamento do nexo das LER, percebemos, com o correr dos anos, que o INSS está tendo, cada vez menos dificuldade para reorganizar o seu poder de negar as LER.

Como podemos observar, no texto abaixo, há uma sistemática negação do INSS seguida por vários segmentos nessa hierarquia de poder, no encaminhamento dos processos para avaliação do nexo:

"Médicos não estabelecem o nexo causal, empresas se negam a emitir CAT, documento insubstituível para a concessão dos benefícios previdenciários, agentes e peritos médicos do INSS desmerecem os laudos dos médicos e dos adoecidos e os centros de reabilitação profissional desse instituto protelam laudos e decisões, mesmo nos casos com incapacidade definitiva, em parte por desacreditarem na doença e nos adoecidos, em parte por não saberem o que fazer". (Ribeiro, 1997: 203)

O problema da negação das LER não é um problema de linhas teóricas, embora diferenças ocorram, ou de ideologia sobre o território da doença relacionada ao trabalho, mas expressa a organização de poder na própria saúde do trabalhador. Este poder de decidir sobre o reconhecimento da doença do trabalho, sem contestação ou contestados de forma tímida e assistemática por outras instituições de

saúde, significa que a decisão final do INSS, não pode ser negligenciada. Ela afeta todos os trabalhadores e conseqüentemente o campo da saúde do trabalhador. A questão vai além da contraposição das idéias, passa pelo entendimento dos elementos de poder que fazem funcionar sua prática naturalizante e de desconstrução de suas evidências.

O INSS dentro de um sistema maior de Previdência Social com características neoliberais – produtividade, com menor custo e escasso vínculo contratual – vem, no decorrer dos anos, estabelecendo relações específicas que priorizam redução de custo com os trabalhadores *segurados* e diminuição do pagamento de benefício. O que, como assinalamos no artigo III, pode ser constatado em vários países e tornam os casos de negação do nexo das LER ainda mais graves.

Nessa relação de poder estabelecida pelo INSS na rede do reconhecimento da doença do trabalho, há polêmicas e ambivalências: de um lado, o inchaço das leis, das normas técnicas que são revisadas, das ordens de serviço e orientações internas dispondo sobre os procedimentos a serem adotados quanto às reivindicações do nexo das LER e, de outro lado, homogeneidade nas recusas, trabalhadores com doenças osteomusculares saindo do processo de reconhecimento do nexo, no INSS, frustrados, desgastados, desalentados. As relações entre o INSS e os trabalhadores alternam-se entre a impotência e a prepotência.

Quando problematizamos os encaminhamentos da recusa do nexo nas LER, não são as tecnologias ou os investimentos informáticos que colocamos em questão, mas a apropriação do tempo que se ganha a partir dos avanços e das transformações nas relações de trabalho. Para Harvey, os estudos de Taylor e os de Ford, sobre a descoberta da espacialidade do tempo, através da fragmentação das tarefas e da sua distribuição para maximiza-lo, poderia desenvolver "*múltiplas possibilidades no âmbito das quais uma alteridade espacializada poderia florescer*" (Harvey, 248). Mas, ao contrário, tem desde então se intensificado os tempos-movimentos por meio de sistemáticos treinos de aperfeiçoamento que geram expectativas de lucro e produtividade.

O desenvolvimento das forças produtivas, na atualidade, conforme observou Guattari, tende a liberar cada vez mais o tempo de atividade humana potencial, em função do contínuo uso de tecnologias de alta precisão e informatização. Mas, pergunta,

"com que finalidade? A do desemprego, da marginalidade opressiva, da solidão, da ociosidade, da angústia, da neurose ou a da cultura, da criação, da pesquisa, da re-invenção do meio ambiente, do enriquecimento dos modos de vida e da sensibilidade?" (Guatarri, 1990: 8)

Quando estudamos as LER e os encaminhamentos do nexó no INSS, verificamos que esse processo de adoecimento está diretamente relacionado a esse uso do tempo sem invenção, sem criação, sem enriquecimento, que intensifica o fazer pela maquinação da cadencia, pela imposição de ritmo, pela rigidez da musculatura. Colocamos em questão as relações de poder que delineavam esse campo de possibilidade e a negação do nexó no INSS. Buscamos mapear esse campo pela sua formação histórica para apreendermos suas implicações atuais. Para esse estudo privilegiamos alguns pontos:

Primeiro, apontamos que a vinculação entre a doença e a inutilidade tem reforçado as análises da doença como predisposição no campo da saúde do trabalhador e referendado as análises da culpa e a pressuposição do *descuido de si*, que baseiam normalizações e assujeitamentos. Na trilha da doença como inutilidade e do corpo útil ao trabalho, não é só de exercício e de adestramento que se fala, mas das relações de força que permitem uma forma de subjetivação e definem o ideal-de-trabalhador ao estipular por normas e regras como se deve pensar, agir e sentir.

No cotidiano, vemos as cristalizações dessas práticas quando a empresa descarta as relações e implicações do processo de adoecimento pela demissão sumária, a previdência não reconhece a doença do trabalho e muitas vezes o próprio trabalhador, em uma atitude ambivalente, nega sua própria doença, ou a doença dos colegas de trabalho; não quer ser reconhecido como doente pela sociedade em geral ou menos ainda, pelo grupo restrito de trabalhadores a que pertence; sente-se discriminado e culpa-se por estar doente.

Segundo, analisamos a produção do silêncio e da exclusão. Mostramos como se constituiu historicamente a identidade de um trabalhador-doente-inútil e de um trabalhador-saudável-útil pelos discursos médicos, pedagógicos, jurídicos desde o século XIX. Fizemos este recorte porque os modos de vida, as escolhas, as regulagens dos comportamentos, nesta época, eram vinculadas a uma determinada

forma de produção de bens que exigiu, como em nenhuma outra época, adestramento do corpo para a produção, treinamento, disciplina, concentração nas atividades e controle emocional.

Historicizando o corpo capaz para o trabalho nos deparamos com aglomerados de hábitos e silêncios que produzem em nós um determinado tipo de *mundo organizado* e de *identidade* que delimita o corpo, ao engendra-lo, única e exclusivamente para a utilidade; com as expectativas de "ser capaz" para responder a uma idealização social; com a produção de formas específicas de viver permeadas pelo medo da perda de referências sociais: medo da perda de identidade, medo da marginalização, medo da exclusão.

Terceiro, apontamos a produção do sujeito-doente em LER. Esse mapeamento do corpo que se redefine como inútil no trabalho é indicado nas análises que fundamentam a impropriedade das LER como doença do trabalho a partir da constituição de perfis de alguma maneira variados, mas persistentes em seus enunciadores mórbidos, do tipo de descrição de *personalidade* ditas "*distintamente nervosos, irritáveis, sensíveis e resistentes ao excesso de trabalho e à grave ansiedade*".

Percorrendo a análise de subjetividade que estaria sendo produzida pela prática discursiva da negação do nexos nas LER, não perguntamos o que os levaram à culpa ou à incapacidade, mas sim, que formações históricas inscreveram na doença do trabalho, no caso das LER, a culpa, a incapacidade, a baixa-estima. E, principalmente, como esses sentimentos passam a configurar novos diagnósticos neuropsiquiátricos nas LER, no INSS/RJ.

Os elementos de baixa-estima e de culpa são associados aos DORT, não como efeitos desse processo de adoecimento e da sua forma de encaminhamento, mas como alicerces de uma natureza frágil e desgastada, predisponente à enfermidade, naturalizando na predisposição anatômica fisiológica e psíquica a morbidez do corpo.

Quarto, ressaltamos na análise a crescente perspectiva política que atravessa a polêmica das LER, enquanto doença do trabalho, suscitando questões de falocentrismo, de pedagogia disciplinar, de psiquiatrização do corpo, da discriminação. Fatores esses desnudados quando problematizamos as LER inscritas como *doenças de mulheres*.

Verificamos que a vinculação doença/mulher/predisposição toma corpo quando o conceito de degenerescência é articulado com a definição de desvio de comportamento. Essa articulação também nos foi possível observar nos encaminhamentos do nexo no INSS/RJ. Na descrição das mulheres pela degenerescência, ficava a expressão de uma "*natureza*" que se descrevia débil e fraca sob a influência de causas externas. Ao mesmo tempo, acusava-se a mulher de ter uma certa astúcia para fingir e obter ganhos, no que denominavam simulação.

Com os aumentos de casos que ocorrem em todo o mundo nos anos 80, a preocupação que se agrava em 90 institui-se muito mais pela vontade de normatizar o comportamento de adoecer que eclodiu como "*epidemia dos anos 80*", do que pelas intervenções em suas relações com o trabalho. Não é pois por acaso que as LER serão volatilizadas pela histerização do corpo da mulher nos anos 90. As afirmações do tipo "*se são mulheres tem mais probabilidade de adoecer porque são nervosas*" refletem a imagem deste corpo na dimensão de um modo de subjetividade que aliou morbidez ao feminino nas LER.

Esta identidade pautada pelos parâmetros definidores da normalidade e anormalidade da mulher no modelo da mãe/nervosa acabou instituindo modos de subjetivação na composição de campos binários onde se alojaram: capazes/incapazes, doentes/não doentes, bom/mau, virtuosa/pecadora, honesta/simuladora.

As "*mulheres nervosas*" atuam como um contra-ponto para as *trabalhadoras normais*. Pontuam padrões normativos para homens e mulheres, "*o que é legítimo em termos de adoecimento para homens e mulheres*".

Na radicalização dessa apresentação social da "morbidez feminina" ficam definidos os códigos políticos da contratação, mas também o da avaliação moral de suas inscrições. A fala de uma executiva é esclarecedora quanto ao medo e as arbitrariedades que essa figura de "morbidez" pode deslanchar:

"Prefiro empregados homens, embora eles bebam mais e sejam menos habilidosos que as mulheres. Eles não precisam faltar por que os filhos adoecem, não menstruam como as mulheres, não correm o risco de engravidar. Sei que estou sendo rigorosa, mas

sei que é verdade. Sei como é isso, sou mulher ". (Empresária de uma confecção)

Percebemos claramente no depoimento acima que algo mais que um projeto de proteção do lar e da família passou na constituição dessa identidade feminina, não só pela sua morbidez por ser mulher, mas pela facilidade com que ela é expulsa de um mercado de trabalho pelas próprias características que a fazem ser honesta, capaz e útil.

Procuramos ressaltar, em todo o nosso trabalho, que não há como pensar a incapacidade senão como fluxo de paralisação, abandono, perda, enquanto ela estiver conceituando corpos desgastados, degenerados e improdutivos. A questão não passa por reforçar a sua antítese pelo resgate da capacidade, mas rever os conceitos que permitiram estes fluxos de desqualificação nas produções e conceitos da doença do trabalho, problematizando, igualmente, os sentimentos de culpa, de revolta e de fragilidade.

Como assinalamos, no decorrer da pesquisa, a revisão dos conceitos passa por procurar os fundamentos do imperativo moral e de como seria possível desligar as relações de trabalho e saúde deste tipo de moralidade do sujeito mórbido por tanto tempo associado ao mal, ao degenerado, ao que demanda em ônus para a sociedade, e principalmente, no caso, para a Previdência Social.

Questionávamos no percurso do nosso trabalho, por que funcionaram estas estratégias de poder? Por que tiveram continuidade? Como funcionavam os discursos de verdade?

As estratégias foram se tornando economicamente vantajosas e politicamente úteis:

- ⇒ Em determinado momento tornam-se úteis à recusa do nexos das LER com o trabalho. Há uma utilidade política, quando o corpo designado como LERdo ou de Lorota (simulado) não chega a constituir-se como uma questão para o mundo do trabalho, ele fica de fora, marginal.
- ⇒ Há, também, uma utilidade econômica, pois se paga, a despeito do aumento dos casos de LER, cada vez menos benefícios pela doença do trabalho.
- ⇒ E, ainda, uma utilidade moral pelo silêncio da dor. A reticente negativa das LER como doença do trabalho acaba enfraquecendo a resistência da luta pelo seu

reconhecimento. Há um maciço investimento ao desânimo, reforçando a postura de que não adianta fazer mais nada, de que já *acabou* a polêmica.

Mas, se existe uma relação entre o trabalhador, o médico perito e o nexo, há também um jogo entre eles de negociação – afirmação/negação – onde estão envolvidos diversos outros personagens como os estabelecimentos de benefícios, de trabalho, os postos de atendimento médico, os centros de referência, os sindicatos, os centros de reabilitação, as chefias imediatas, os colegas de trabalho, os médicos conveniados, os profissionais de saúde que atendem os pacientes com LER, todos produzindo discursos diversos sobre a questão.

Ressaltamos, no texto, que uma nova análise do corpo que adoece no trabalho, não como inutilidade, mas como forma de resistência, implica em deslocá-lo do lucro (econômico) das relações sociais padronizadas por ajustes e desajustes muitas vezes contrários à afirmação da vida em nome de uma racionalização maquinada das emoções: o desejo produzido em nome da individualidade, a indiferença em nome do não comprometimento, o medo em nome da segurança, o silêncio e a exclusão em nome da tranquilidade.

Talvez o grande marco da clínica assinalado por Foucault (1994) foi trazer à medicina a idéia de um corpo que adoece, que não é possuído por demônios ou castigos. Uma doença que pode ser lida no registro da inutilidade de uma produtividade para o trabalho, como está sendo lida as LER, mas também em outra dimensão como uma ruptura que abole uma certa continuidade que quebra o compasso da aceleração, que impõe um outro ritmo, que sai do silêncio.

A luta pela saúde hoje não pode prescindir da luta pelo reconhecimento da doença no cotidiano de trabalho, mas de um reconhecimento no registro de uma doença, também, como resistência frente à exploração e a exclusão.

Bibliografia

ALMEIDA, M. C. 'Características emocionais determinantes das LER'. LER: *Diagnóstico, prevenção e tratamento — uma abordagem interdisciplinar*. Petrópolis, Vozes. 1995

ARMSTRONG, T. J. *et al.*, 'Some histological changes in carpal tunnel contents and their biomechanical implications'. *Journal of Occupational Medicine*, 26: 3, pp. 197-201. 1984

ARMSTRONG, D. S. "Workplace upper limb disorders: a prospective study with intervention". *Occup. Med. Oxf.*, 42 (3):129-36, Aug.1992.

ASSUNÇÃO, A. e ROCHA, L. E. . 'Agora... até namorar fica difícil: uma história de lesões por esforços repetitivos'. *Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil*. Petrópolis, Vozes, pp. 461-91. 1994

AWERBUCH, M. RSI or "Kangaroo Paw". *The Medical Journal of Australia*, Fev. 4; Vol. 142: 237-238, 1985

AWERBUCH, M. Repetition strain injuries. *The Medical Journal of Australia*, 1987. Dec 7; Vol.147: 627-628, 1987. Carta ao editor.

BAMMER, G. & MARTIN, B. The arguments about RSI: An examination. *Community Health Studies*, 12 (3): 348-55, 1988.

BELL, D. S. Repetition strain injury: an iatrogenic epidemic of simulated injury. *The Medical Journal of Australia*. Sep 4; Vol. 151: 280-284, 1989.

BIRMAN, J. *A psiquiatria como discurso da moralidade*. Rio de Janeiro: Graal. 1978.

BIRMAN, J. *Enfermidade e Loucura*. Rio de Janeiro: Campus, 1980.

BLACK-P. Psychiatric aspects of regional pain syndrome. *The Medical Journal of Australia*, 1987 Sep 7; 147(5): 257, 1987.

BORGES, L. H. Sociabilidade, sofrimento psíquico e lesões por esforços repetitivos em processo de trabalho repetitivos: estudo de caixas bancários. Tese de doutoramento, Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro. (mimeo.) 1999

BRAGA, J. C. & PAULA, S. G. *Saúde e Previdência. Estudos de política Social*. São Paulo: CEBES-HUCITEC, 1981.

BRESCIANI, M. E. *A mulher no espaço público*. Revista brasileira de história. São Paulo; ANPUH/Marco Zero. Vol. 9, número 18, agos./ set. de 1989.

BRUNO, F. Membranas e Interfaces. In VILLAÇA, N. (Org.). *Que corpo é esse? Novas perspectivas*. Rio de Janeiro: Mauad, 1999.

CAMPANA, C. L.; LOPES NETO, L. A consideração da tenossinovite do punho como doença profissional: nossa casuística. Anais do Congresso Nacional de Prevenção de Acidentes do trabalho. FUNDACENTRO, pp. 251-6. 1973.

CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

CARDOSO, A. J.; TAVARES, J.A. e CASTRO, C.A. Tenossinovite uma doença profissional dos digitadores. Porto Alegre, SINDPD/RS, 1984.

CARVALHO, C.E.S. et al. "Tenossinovite Ocupacional: um novo conceito em processamento de dados". *Revista Segurança e Prevenção* (18):8-10, ago. 1986.

CARVALHO, M. A. "Tenossinovite x LER x Fibromialgia". Texto apresentado na Home-Page do Hospital de Arapiara de Minas Gerais. [Http://www.ahmg.com.br](http://www.ahmg.com.br). Fev/1997.

CHAUVENETT, A. A lei e o corpo. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*. Vol. I, número 1, pp. 13-48. 1991.

CHATTERJEE, D. S. 'Workplace upper limb disorders: a prospective study with intervention'. *Occupational Medicine*, 42 (3):129-36. Aug,1992

CHERNIACK, M. G. "Raynaud's phenomenon of occupational origin". *Arquivo de Medicina Interna*, 150 (3): 519-522. Mar,1990

CLELAND, L. G. RSI: a model of social iatrogenesis. *The Medical Journal of Australia*, Sep 7; Vol. 147: 236-239, 1987.

COHN, Amélia *et al.* *Acidente de trabalho: uma forma de violência*. São Paulo, Brasiliense. 1985

COLOMBINI, D. "Guidelines for redesigning jobs with repetitive tasks". *Medicina Lavori*, 87 (6):728-49. nov./dec. 1996.

CONDORCET, MARIE. *Sur l' admission des femmes au droit de cite*, 1790 (Internet)

COSTA, J. F. *Ordem médica e norma familiar*. Rio de Janeiro:Graal. 1983.

CULLUM, 1989. *The Medical Journal of Australia*. Nov. 20; Vol. 151, 1989. Carta ao editor.

CUNHA, M. C. *O Espelho do Mundo*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1986.

DAVIES, G. R. Somatisation disorder: a major public health issue, 1995. *The Medical Journal of Australia*, 1995. Nov 20; Vol. 163: 558-559, 1995.

DEJOURS, Christophe *et alii.* *Psicodinâmica do trabalho*. São Paulo, Atlas. 1994

DEJOURS, Christophe. 'Por um trabalho fator de equilíbrio'. *Revista de Administração de Empresas*, 33:3, pp. 98-104. 1993

DEJOURS, Christophe. *Loucura do trabalho*. São Paulo, Oboré. 1987.

DICKINSON, I. *The Medical Journal of Australia*. 1989. Nov. 20; Vol. 151. Carta ao editor.

DIESAT. *Insalubridade. Morte lenta no trabalho*. São Paulo: Oboré, 1989.

DUARTE, L. F. Os nervos e a Antropologia Médica Norte-Americana: Uma revisão crítica. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*. Vol. III, número 2, pp. 42-73, 1993.

ECHTERNACHT, E. H. As lesões por esforços repetitivos no contexto da reestruturação produtiva brasileira. Projeto de qualificação ao doutorado/COPE/UFRJ 1996.

FERGUSON, D. "RSI": putting the epidemic to rest. *The Medical Journal of Australia*. 1987. Sep. 7; Vol. 147: 213-214, 1987.

FOUCAULT, M. *Doença Mental e psicologia*. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1968.

FOUCAULT, M. *Vigiar e Punir: história da violência nas prisões*. Petrópolis, Vozes. 1977

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro, Graal. 1986

FOUCAULT, M. *História da Sexualidade 3. O cuidado de si*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade 1. A vontade de saber*. Rio de Janeiro, Graal. 1988

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

FRAISSE, G. In PERROT, M (Org.) *História das Mulheres*. Vol IV, Paris: Plon, 1992.

GONDAR, J. O Trabalho como objeto histórico. *Revista NUPSO*, 1990.

GORENDER, J. "Dossiê Globalização". *Revista de Estudos Avançados*, 11 (2), pp. 311-61. 1997

GUATTARI, F.. *Revolução Molecular. Pulsações políticas do desejo*. São Paulo: Brasiliense. 1987.

GUATTARI, F. *As três ecologias*. São Paulo: Papyrus, 1990.

GUATTARI, F. Da produção de subjetividade. In *Imagem Máquina*. Rio de Janeiro, editora 34. 1993

GUATTARI, F e ROLNIK, S. *Micropolítica. Cartografias do desejo*. Petrópolis:Vozes, 1986.

HADLER, N. "Industrial Rheumatology". *The Medical Journal of Australia*, 1986. Fev. 17; Vol. 144, 1986.

HAGER, "Occupational disorders. The disease of the 1990s". 1990. *J. Hand Surgery* Mar;17(2):193-5. 1990.

HALL, W. "Repetition strain injury in Australian epidemic of upper limb pain". *Social Science Medicine*, 27:6, pp. 645-9. 1998

HARVEY, D. *Condição Pós-moderna* . São Paulo: Loyola, 1994.

HAY, K. *The Medical Journal of Australia*. 1986. July, 21; Vol. 145, 1986. Carta ao editor.

HEGENBERG, L. *Doença – um estudo filosófico*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1998.

HERZLICH, C. Medicine moderne et quete de sens: la malade signifiant social. In *Le sens du mal: anthopologie, histoire, sociologie de la malade*. Ordrex Sociaux, cap. V. Paris: Presses Universitaire de France, 1986.

HESS, D. "Employee perceived stress. Relationship to the development of RSI". *AAOHN Journal*, 45:3, pp. 115-23. 1997

HOPKINS, A. *The Medical Journal of Australia*. Nov. 20; Vol. 151, 1989. Carta ao editor.

KEHL, M. R. *Deslocamentos do feminino: a mulher freudiana na passagem para a modernidade*. Rio de Janeiro: Imago, 1998.

LACAZ, C.; CORBETT, C. e TEIXEIRA, P. *Doenças iatrogênicas*. São Paulo: Savier, 1970.

LIMA, M. E. "A LER no setor bancário". *LER: Dimensões ergonômicas e psicossociais*. Belo Horizonte, Health, pp. 52-107. 1997

LIMA, M. E. "A dimensão psicológica". In *LER: dimensões ergonômicas e psicossociais*. Belo Horizonte, Health, pp. 201-16. 1997b.

LUCIRE, Y. "Neurosis in the workplace". *The Medical Journal of Australia*, 145:6, pp. 323-27. 1986

LUCIRE-Y. "Social iatrogenesis of the Australian disease 'RSI'". 1988. *Community-Health-Stud*. Nº 12(2): 146-150, 1988.

LUZ, M. *Natural Racional e Social. Razão Médica e Racionalidade Científica Moderna*. Rio de Janeiro: Campus, 1988.

LUZ, M. (Coord.) *V Seminário do projeto de Racionalidades Médicas*. Instituto de Medicina Social/ UERJ, Série estudos em saúde coletiva, n. 136, outubro de 1996.

LUZ, M. T. O modelo Médico de Saúde Pública no Brasil. In *Medicina e Poder: Instituições Médicas*. Rio de Janeiro. Cadernos da UERJ, 1980.

MACHADO, J.M.H.; BRITO, J. C e PORTO, M.F.S. "Saúde e processamento de dados: o caso das doenças osteoarticulares". *Cadernos da Engenharia de Produção*. Ano V, nº 13, p. 39-73. 1989.

MACHADO, R. et al. *Danação da Norma. Medicina Social e Constituição da Psiquiatria no Brasil*. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

- MACIEL, R. "Considerações gerais sobre o trabalho de digitação". *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 50:13, pp. 37-40. 1986
- MCDERMOTT, Francis. "RSI: a review of current understanding". *Medicine Journal of Australia*, 144: 4, pp. 196-200. 1986
- MENDES, R & DIAS, E. "Da medicina do Trabalho à saúde do trabalhador". *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, 25(5): 341-9, 1991.
- MINAYO-GOMEZ, C e THEDIM-COSTA, S. "A construção do campo do trabalhador: percursos e dilemas". *Cadernos de Saúde Pública*, 13 (supl. 2): 21-32. 1997.
- NUNES, S. A. A medicina social e a questão feminina. *Physis. Revista de Saúde Coletiva*. Vol. I, número 1, p. 48-75, 1991.
- OLYMPE DE GOUGES. *Declaration des droits de la femme et de la citoyenne*, 1791. (Internet)
- OLIVEIRA, A. e BRUSCHINI, C. (Org.) *Entre a virtude e o pecado*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1992.
- OLIVEIRA, E. M. *A mulher, a sexualidade e o trabalho*. São Paulo: HUCITEC/CUT, 1999.
- OLIVEIRA, J. e TEIXEIRA, S. *(Im)previdência Social*. São Paulo: ABRASCO, 1989.
- PERROT, M. *Mulheres Públicas*. São Paulo: UNESP, 1998.
- PERROT, M. *Os excluídos da história. Operários, mulheres e prisioneiros*. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1992.

PITANGUY, J. Medicina e bruxaria: algumas considerações sobre o saber feminino. In LABRA, M. E. Mulher, Saúde e Sociedade no Brasil. Petrópolis: Vozes/ Abrasco, 1989.

PORTOCARREIRO, V. Psiquiatria, Liberdade e Trabalho: da escravatura à disciplinarização. *Revista NUPSO*. 1990.

QUINTNER, J. 'The Australian RSI debate: stereotyping and medicine'. *Disability, Reability*. 17:5, pp. 256-62. 1995

QUINTNER, J. 'The pain of RSI. The central issue'. *Australian Family Physician*, 18:12, pp. 1542-47. 1989

RAMAZZINI, B. "De Morbis Artificum Diatriba". A doença dos trabalhadores. São Paulo: FUNDACENTRO, 1985.

RAGO, M. *Do cabaré ao lar. A utopia da cidade disciplinar Brasil:1890-1930*. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1987.

RAGO, M. De Eva a santa: a dessexualização da mulher no Brasil. In Ribeiro (Org.) *Recordar Foucault*. Rio de Janeiro: Brasiliense, 1985.

REILLY, Paul. 'Repetitive Strain Injury: from Australia to the UK'. *Journal of Psychosomatic Research* 39:6, pp. 783-88. 1995

RIBEIRO, H. P. A violência do trabalho no capitalismo. O caso das lesões dos membros superiores por esforços repetitivos em trabalhadores bancários. Tese de doutorado. Faculdade de Saúde pública da Universidade de São Paulo, 1997.

RIBEIRO, H. P. Lesões por esforços Repetitivos (LER): uma doença emblemática *Cadernos de Saúde Pública*, 13 (2); 85-93, 1997a.

ROBERTS, J. R. *The Medical Journal of Australia*. Nov. 20; Vol. 151, 1989. Carta ao editor.

ROSEN, George. *Da polícia médica e medicina social: ensaios da assistência médica*. Rio de Janeiro, Graal. 1979

RUSSELL, D. Repetition strain injury and psychiatry, 1988. *Community-Health-Stud.* 1988; 12(2): 134-45, 1988.

SANT'ANNA, D. (Org.) *Políticas do corpo. Elementos para uma história das práticas corporais*. São Paulo: Estação Liberdade. 1995

SATO, Leny *et alii*. 'Atividades em grupo com portadores de LER e achados sobre a dimensão Psicossocial'. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 79:21, pp. 49-62. 1993.

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

SIKORSKI, J. 'Orthopedic basis for occupationally related arm and neck pain'. *Australia Journal Surgery*, 59:6, pp. 471-8. 1989

SILVERSTEIN, B. A.; Keyserling, W. M e Stetson, D. S. 'A checklist for evaluating ergonomic risk factors associated with upper extremity cumulative trauma disorders'. *Ergonomics*, 36 (7): 807-31. jul 1993

SHORTER, E. 'Somatization and chronic pain in historic perspective'. *Clinical Orthopaedics and Related Research*, 336, pp. 52-60. 1997

SOIHET, R. História das mulheres In CARDOSO, C. F. & VAINFAS. *Domínios da história*. Ed. Campus, 1997.

SONTAG, Susan. *A doença como metáfora*. Rio de Janeiro, Graal. 1984

SOUZA, M. E. e SILVA, G. R. *Estudo da prevalência de lesões por esforços repetitivos (LER) entre trabalhadores e trabalhadoras em compensação bancária*. São Paulo. Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina de São Paulo. 1997

VENANCIO, A. T. A construção social da pessoa e a psiquiatria: do alienismo à "nova psiquiatria". *Physis. Revista de Saúde Coletiva*. Vol. III, número 2, pp. 117-135, 1993.

VERTHEIN, M. 'LER: o referencial da subjetividade na doença profissional'. *Anuário de Subjetividade e Política*. LASP/ UFF. Número 3 / 4 . pp. 111-122. 1997.

WEBER, M. *A ética do protestante e o espírito do capitalismo*. São Paulo: Pioneira, 1985.

WITKOWSKI, N. (Org.) *Ciência e Tecnologia Hoje*. São Paulo: Ed. Ensaio, 1997.

WOLLSTONECRAFT, MARY. *Vindication of the rights of the womem, 1792*. (Internet)

Documentos:

Lei nº 6367, de 1976. Define a Doença do Trabalho, no parágrafo 3º, artigo 2º como "*a doença adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente*".

MPS, 1987. Portaria nº 4062 de 06/08/1987. Reconhece a tenossinovite como doença do trabalho.

DRT, 1990. Portaria nº 3751. Reedita a Norma Regulamentar (NR.17) sobre Ergonomia.

MPS, 1991. Decreto nº 375/91. Reconhece o conjunto das LER como doença do trabalho.

INSS. Ordem de Serviço nº 149/93. Projeto Estabelecimento de Nexo Técnico.

INSS/ DSS. Ordem de Serviço nº 251/93. Nexo Técnico

MPS, 1993. *Norma Técnicas para a Avaliação da Incapacidade*. Brasília.

MPS. Decreto nº 2172, de 05/03/97. Regulamento dos Benefícios da Previdência Social

MPS, 1997. DORT. *Norma Técnica para a Avaliação da Incapacidade*. Brasília

MPS. Lei nº 8213/91 Regulamento da Previdência Social, revisado pelo Decreto nº 3081/99, Resolução INSS/nº 10/99 aprova os Protocolos Médicos para Benefícios por Incapacidade. Anexo II, Grupo 13.

Relatórios:

Fórum Mondial de la Santé: Ethique et Santé dans un Monde en Mutation. Volume 17, 1996.

Organização Mundial de Saúde: *Making a Difference*. Relatório sobre a saúde no mundo, 1999.

Teses: Biblioteca da Academia Nacional de Medicina do RJ

ANDRADE, A. Degenerescência. Tese Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1888.

MONTEIRO DE BARROS, J. J. F. A mulher e sua diferença do homem. Tese Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1845.

PEREIRA, Generalidades sobre o físico e moral da mulher. Tese Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1852

OLIVEIRA, L. Da degenerescência psíquica Tese Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1895.

TORRES, A. G. L. Breves considerações sobre o físico e o moral da mulher nas diferentes fases de sua vida. Tese Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1848.

VIANNA, A. F. Considerações higiênicas e médico legais sobre o casamento relativamente à mulher. Tese Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, 1842.

MEDLINE

O levantamento de dados, sobre o tema, realizado no Medline foi compilado em quadro sumário contendo: autor, ano, país, título da obra, sumário, referencia

bibliográfica. O material será condensado em CD e enviado as bibliotecas da ENSP/FIOCRUZ e da UFF e ao Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador e Ecologia Humana da FIOCRUZ.

*Jogos de poder instituindo saber sobre as
Lesões por Esforços Repetitivos: as redes
discursivas da recusa do nexó*

ANEXOS

Marilene Affonso Romualdo Verthein

Orientador: Carlos Minayo Gomez

ANEXOS

Dados dos prontuários do INSS/RJ

- 1- Distribuição dos processos indeferidos e arquivados
- 2- Diagnósticos da CAT, telecomunicações
- 3- Diagnósticos da CAT, bancos
- 4- Diagnósticos dos Convênios, telecomunicações
- 5- Diagnósticos dos Convênios, bancos
- 6- Diagnósticos do INSS/RJ, telecomunicações
- 7- Diagnósticos do INSS/RJ, bancos
- 8- Distribuição comparativa dos diagnósticos das LER – CAT, Convênios, INSS/RJ
- 9- Intercessões dos diagnósticos do INSS/RJ
- 10- Composição dos diagnósticos múltiplos no INSS/RJ
- 11- Distribuição quanto ao diagnóstico da degenerescência
- 12- Distribuição quanto ao sexo
- 13- Distribuição quanto à faixa etária

Glossário, Fotos e Quadro-sumário das entrevistas

- 1- Glossário
- 2- Fotos: - Músculos e nervos dos membros superiores
- 3- Falas dos entrevistados por temas de discussão

Dados dos prontuários do INSS/RJ

Tabela 1: Distribuição dos processos indeferidos e arquivados, no INSS/RJ

Encaminhamento do INSS/RJ	N ^o	%
Processos indeferidos	108	64,29
Processos arquivados	60	35,71
Total	168	100,00

Tabela 2: Diagnósticos CAT- TELERJ

Diagnósticos – CAT	N ^o	% TEL
Tenossinovite	13	18,00
Epicondilite	4	5,42
Tendinite	5	6,80
Síndrome do Túnel do Carpo	1	1,36
LER	2	2,72
Cervicobraquialgia	4	4,42
Tenossinovite + Epicondilite	9	12,22
Tenossinovite + Síndrome Túnel do Carpo	5	6,80
Tenossinovite + Cervicobraquialgia	1	1,36
Cervicobraquialgia + bursite	1	1,36
Tenossinovite + Epicondilite +Tendinite	2	2,72
Tenossinovite + Epicondilite + Cervicobraquialgia	4	5,42
Tenossinovite + Tendinite + Cervicobraquialgia	3	4,10
Epicondilite + Tendinite + Cervicobraquialgia + Bursite	1	1,36
Tenossin + Epicondilite + Tendinite + Cervicobraquialgia	2	2,72
Sem CAT	8	11,00
Sem Diagnóstico	9	12,22
Total	74	100,00

Fonte: INSS/RJ

Tabela 3: Diagnósticos CAT- Bancos

Diagnósticos – CAT	Nº	% Bancos
Tenossinovite	12	12,77
Epicondilite	2	2,13
Tendinite	17	18,06
Síndrome do Túnel do Carpo	6	6,39
Cervicobraquialgia	1	1,06
Mialgia	2	2,13
Síndrome compressiva do nervo mediano	6	6,39
LER	7	7,45
CID 7270/2 (Tenossinovite)	1	1,06
Tenossinovite de Quervain	1	1,06
Tenossinovite + Epicondilite	3	3,20
Tenossinovite + Síndrome Túnel do Carpo	2	2,13
Tenossinovite + Síndrome compressiva do mediano	1	1,06
Tenossinovite + LER	2	2,13
Tenossinovite + Tendinite	2	2,13
Epicondilite + Tendinite	6	6,39
Epicondilite + Artrite	1	1,06
Epicondilite + Síndrome do Túnel do Carpo	1	1,06
Tendinite + Síndrome compressiva do nervo mediano	1	1,06
Tendinite + Cisto Sinovial	1	1,06
Síndrome do Túnel do Carpo + LER	2	2,13
Tenossinovite + Epicondilite + Tendinite	3	3,20
Tenossinovite + Epicondilite + Tendinite + LER	1	1,06
Tenossinovite + Epicondilite + Cisto Sinovial + LER	1	1,06
Sem CAT	7	7,45
Sem Diagnóstico	5	5,32
Total	94	100,00

Fonte: INSS/RJ

Tabela 4: Diagnósticos - Convênios médicos / TELERJ

Diagnósticos – Convênios	Nº	% TEL
Tenossinovite	5	6,76
Epicondilite	1	1,35
Tendinite	5	6,76
Tendinite crônica	1	1,35
Síndrome do Túnel do Carpo	1	1,35
Síndrome compressiva do mediano	1	1,35
Cervicobraquialgia	1	1,35
Artrose	1	1,35
Osteoartrose	1	1,35
Tenossinovite + epicondilite	7	9,45
Tenossinovite + Cervicobraquialgia	3	4,05
Tenossinovite + Síndrome Túnel do Carpo	1	1,35
Epicondilite + Cervicobraquialgia + Osteoartrose	1	1,35
Sem Diagnóstico	45	60,83
Total	74	100,00

Fonte: INSS/RJ

Tabela 5: Diagnósticos Convênio Médico - Bancos

Diagnósticos - Convênios	Nº	% Bancos
Tenossinovite	9	9,58
Epicondilite	1	1,06
Tendinite	7	7,45
Síndrome do Túnel do Carpo	7	7,45
CID 7270/2 (tenossinovite)	3	3,20
CID 7238/0	2	2,13
CID 3540/8	3	3,20
CID 7263/0 (epicondilite)	1	1,06
LER	7	7,45
Tenossinovite de Quervain	1	1,06
Síndrome compressiva do mediano	1	1,06
Tenossinovite + Cervicobraquialgia	1	1,06
Tenossinovite + Síndrome Túnel do Carpo	2	2,13
Tenossinovite + Uncoartrose	1	1,06
Tendinite + Cervicobraquialgia	1	1,06
Síndrome compressiva do nervo mediano + LER	1	1,06
Uncoartrose + Osteoartrose	1	1,06
CID 7270/2 + CID 7263/0	2	2,13
CID 3540/8 + CID 7270/0	1	1,06
Tenossinovite + Uncoartrose + Tendinite	1	1,06
Tenossinovite + CID 8420 + CID 8429	1	1,06
Tenossinovite + Epicondilite + Artrose + Lordose	1	1,06
Sem Diagnóstico	39	41,50
Total	94	100,00

Fonte: INSS/RJ

Tabela 6: Diagnósticos do INSS/RJ – Telerj

Diagnósticos - INSS/RJ	Nº	%Telerj
Doença Degenerativa	5	6,77
Espondiloartrose cervical	2	2,70
Dor subjetiva nas articulações (artralgia)	1	1,35
Uncoartrose cervical + D. Degenerativa	1	1,35
Alterações Endógenas + D. Degenerativa	3	4,05
Epicondilite + Tenossinovite crônica	1	1,35
De. Quervain + Cervicobraquialgia	2	2,70
Cervicobraquialgia + Doença inflamatória crônica	5	6,77
Uncoartrose + Lordose	1	1,35
Tenossinovite + degenerativa	1	1,35
Alterações degenerativas da coluna cervical	5	6,77
Cervicobraquialgia + D. Degenerativa	10	13,51
Síndrome De Quervain + D. Degenerativa	1	1,35
Artrose + D. Degenerativa	1	1,35
Artrose + Tenossinovite + D. Degenerativa	1	1,35
Artrose + cervicobraquialgia + D. Degenerativa	6	8,11
Uncoartrose + cervicobraquialgia + D. Degenerativa	2	2,70
Tenossinovite + De Quervain + Crônico degenerativa	1	1,35
Tenossinovite + Osteofitose + Degenerativa	1	1,35
Cervicobraquialgia + De Quervain + D. Degenerativa	2	2,70
bursites + alterações da coluna cervical + D. Degenerativa	1	1,35
S.T.Carpo + Tendinite + bursites	1	1,35
Tenossinovit + Osteofitose + Cervicobraq + D.Degenerativa	1	1,35
Uncoart. + Osteofitose. + Tenossinovite + Cervicobraquial	1	1,35
Cervicobr. + Osteofitose + artrose + D. Degenerativa	3	4,05
Epicondilite + Tenossinov + Cervicobr. + D. Degenerativa	1	1,35
Uncoartr. + Artrose + Cervicobr. + D. Degenerativa	1	1,35
Cervicobr. + Poliartrite + STC + Osteofit + D. Degenerativa	1	1,35
Epicond + Tenossinov + STC + Cervicobraq + End. Degener	1	1,35
Quervain + Osteoartrose + Uncoartr. + Cervicob + D.Degen	1	1,35
Tendin + Artrose + Osteofit. + Cervicob + D. Degener	1	1,35
Uncoartrose + tenossin + cervicobraq + endógena degenera	1	1,35
Epicondilite + Cervicobraq + Uncoartrose + D. Degenerat	1	1,35
Uncoartrose + Osteoartrose + D. Endógena da col. cervical	1	1,35
Artrose + Uncoartro + Osteofito + Cervicobraq + D. Degener	1	1,35
Sem Diagnóstico	5	6,77
Total	74	100,00

Fonte: INSS/RJ

Tabela 7: Diagnósticos do INSS/RJ - Bancos

Diagnósticos - INSS/RJ	N ^o	%Ban
Alterações Endógenas	1	1,06
Alterações degenerativas	2	2,13
Alterações degenerativa da coluna cervical	1	1,06
Alterações Reumáticas + D. Degenerativa	3	3,20
Alterações Endógenas + D. Degenerativa	4	4,31
S. Túnel Carpo + Endógena Degenerativa	1	1,06
Tenossinovite + Endógena Degenerativa	2	2,13
Tenossinovite + Cisto Sinovial	1	1,06
Epicondilite + D. Degenerativa	1	1,06
Tendinite + Alteração degenerativa da coluna cervical	1	1,06
Cervicobraquialgia + D. Degenerativa	5	5,32
Síndrome De Quervain + D. crônica degenerativa	2	2,13
Artrite + D. Degenerativa	1	1,06
Uncoartrose + Alterações endógenas degenerativas	1	1,06
Uncoartrose + De Quervain + D. Degenerativa	1	1,06
Cervicob. + S.T.Carpo + D. Degenerativa	1	1,06
C.Sinovial + Uncoartrose + D. Degenerativa	1	1,06
Artrite + Osteofitose + D. Degenerativa	1	1,06
Tenossinovite + Tendinite + Uncoartrose + D.Degenerativa	1	1,06
Uncoart. + Osteoartr. + Alt.Endógenas + D. Degenerativa	1	1,06
Cervicobr. + Osteofitose + Hiperlordose + D.Degenerativa	1	1,06
S.T.Carpo + Alter da col. Cervical + Cervicobr. + D. Degen	1	1,06
S.T. Carpo + Uncoartrose + Cervicobraquialgia degenerativ	1	1,06
Uncoartr. + Epicondilite + Cervicobr. +D. Degenerativa	1	1,06
Cervicobr. + Poliartrite + Hiperlordose + D. Degenerativa	1	1,06
Quervain + Fibrose + Artrose + Uncoartr. +D.Degenerativa	1	1,06
Tenossin + Tendinit + Osteofit. + Uncoartr. + D. Degener	1	1,06
Sem Diagnóstico	55	58,52
Total	94	100,00

Fonte: INSS/RJ

Tabela 8: Distribuição comparativa dos diagnósticos das LER - CAT, Convênios e INSS/RJ

DIAGNÓSTICOS	CAT	%	Conv	%	INSS	% t/b
Tenossinovite	67	39,80	33	19,64	25	14,88
Epicondilite	40	23,81	12	7,14	7	4,17
Cervicobraquialgia	16	9,52	7	4,17	54	32,14
Tendinite	42	25,00	13	7,74	5	2,98
Sínd. Túnel do Carpo	17	10,12	14	8,34	7	4,17
Síndrome do nervo mediano	8	4,76	0	0	0	0
Osteofitose	0	0	0	0	12	7,14
Artrose	1	0,59	4	2,38	14	8,34
LER	15	8,93	8	4,76	0	0
Uncoartrose	0	0	0	0	19	11,31
Bursite	2	1,19	0	0	2	1,19
Lordose	0	0	1	0,59	3	1,78
Alterações endógenas	0	0	0	0	16	9,52
Doença Degenerativa	0	0	0	0	91	54,17
SEM DIAGNÓSTICO	14	8,34	86	51,19	60	35,71
Total (168)		-		-		-

Fonte: INSS/RJ

Tabela 9: Intercessões - Diagnósticos do INSS/RJ

Tipos de diagnósticos	Nº	%
Doença Degenerativa	12	11,11
Doença Crônica	9	8,34
Doença Crônica + Degenerativa	51	47,23
D. Osteomuscular + Degenerativa	6	5,55
D. Osteomuscular + D. Crônica	5	4,62
D. Osteomuscular + Crônica + Degenerativa	25	23,15
Total	108	100,00

Fonte: INSS/RJ

Tabela 10: Composição dos diagnóstico múltiplos no INSS/RJ

Número de diagnósticos	Bancários	Telecom.	Total	%
1 diagnóstico	4	13	17	15,74
2 diagnósticos	22	26	48	44,45
3 diagnósticos	5	16	21	19,44
4 diagnósticos	6	9	15	13,89
5 diagnósticos	2	5	7	6,48
Total	39	69	108	100,00

Fonte: INSS/RJ

Nota: + de 2 diagnósticos: 84,26%

Tabela 11: Distribuição dos diagnósticos incluindo a doença degenerativa

Número de diagnósticos	Bancários	Telecom.	Total	%
1 diagnóstico	3	10	13	12,03
2 diagnósticos	21	17	38	35,18
3 diagnósticos	5	15	20	18,51..
4 diagnósticos	6	8	14	12,96
5 diagnósticos	2	5	7	6,48
S/ doença degenerativa	2	15	17	15,74
Total	39	69	108	100,00

Fonte: INSS/RJ

Total de diagnósticos com a doença degenerativa: 85%

+ de 2 diagnósticos: 73,13%

Tabela 12: Distribuição quanto ao sexo

SEXO	%	NÚMERO
Masculino	15,48	26
Feminino	84,52	142
Total	100,00	168

Fonte: INSS/RJ

Tabela 13: Distribuição quanto à faixa etária

FAIXAS ETÁRIAS	%	NÚMERO
20 – 29	5,36	9
30 – 39	34,52	58
40 – 49	50,00	84
50 – 59	5,95	10
não consta	4,17	7
Total	100,00	168

Fonte: INSS/RJ

Entrevistas	
Profissionais	Quantidade
Médicos Peritos INSS	10
Trabalhadores com LER	15
Médicos não peritos	2
Fisioterapeutas	04
Terapeutas Ocupacional	01
Psicólogas	01
Assistente Social	01
Enfermeiras	02
Secretárias	02
Representante de convênio	01
Diretores Sindicais	04
Total	43

Glossário

Afecção: desvios rápidos de expressão emocional, associada à reação emocional.

Artralgia: dor nas articulações

Artrite: inflamação nas articulações

Crônico: que tem evolução lenta de longa duração, agudo.

Degenerescência: 1- modificação patológica da estrutura de um tecido, um órgão com perda de suas características e suas funções habituais. 2- deterioração mental ou moral.

Epicondilite: provocadas por ruptura, estiramento ou inflamação dos pontos de inserção dos músculos flexores do carpo na borda medial do cotovelo (medial); ou dos músculos extensores e de supinação do antebraço (lateral)

Fibromialgia: dor e rigidez na musculatura fibrosa

Fibrosite: inflamação nas fibras

Iatrogênico: distúrbio ou doença provocada pelo médico após tratamento prescrito.

Medline: banco de dados de pesquisas médicas

Mialgia: dor nos músculos

Miosite: inflamação dos músculos

Síndrome Cervicobraquial: além da dor cervical acrescenta-se a irradiação da dor para o membro superior devido à compressão dos nervos ao atravessar os músculos do pescoço.

Síndrome do desfiladeiro torácico: compressão do feixe vâsculo-nervoso nos ombros, superpõe a compressão ulnar e outras da Síndrome do Túnel do Carpo.

Síndrome do interósseo anterior: compressão dos nervos na borda dos músculos flexores superficiais dos dedos.

Síndrome do pronador redondo: compressão do nervo mediano abaixo do cotovelo.

Síndrome do supinador: compressão do nervo mediano no cotovelo. O músculo supinador comprime o nervo mediano que passa dentro dele.

Síndrome do Túnel do Carpo: compressão do nervo mediano ao nível do punho. Ocorre nas tarefas manuais repetitivas, principalmente se houver força ou desvio do carpo, quando os tendões hipertrofiados ou inflamados comprimem o nervo mediano.

Sinovial: membrana que reveste as cavidades das articulações

Tendinite: inflamação nos tendões.

Tendões: cordão fibroso em que terminam os músculos e insere nos ossos

Tenossinovite: inflamação do tecido fibroso que reveste o tendão. Inflamação da bainha. Decorrem mais da contração estática desses músculos, para fim antigravitacional sobre o carpo e dedos, que da contração dinâmica para o movimento dos dedos.

Tenossinovite de Quervain: inflamação do tecido fibroso que reveste o tendão do dedo polegar.

Ulna: nome latino referente ao cúbito (parte interna do antebraço)

Siglas

CAT – Comunicação de Acidente de Trabalho

CID - Classificação Internacional de Doenças

CTD – Cumulative Trauma Disorders

DIESAT – Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas e dos Ambientes do Trabalho.

DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho

HWO – Health World Organization

INSS/RJ – Instituto Nacional de Seguridade Social/ Rio de Janeiro

INSS/CRP – INSS/Centro de Reabilitação Profissional

LATR – Lésions Atribuibles au Travail Répétitif

LER – Lesões por Esforços Repetitivos

MPS – Ministério da Previdência Social

MT – Ministério do Trabalho

NTAI/INSS – Norma Técnica de Avaliação de Incapacidade do INSS

NUSAT – Núcleo de Saúde do Trabalhador

OCD – Occupational cervico brachial disorders

OMS – Organização Mundial de Saúde

OS/INSS – Ordem de Serviço do INSS.

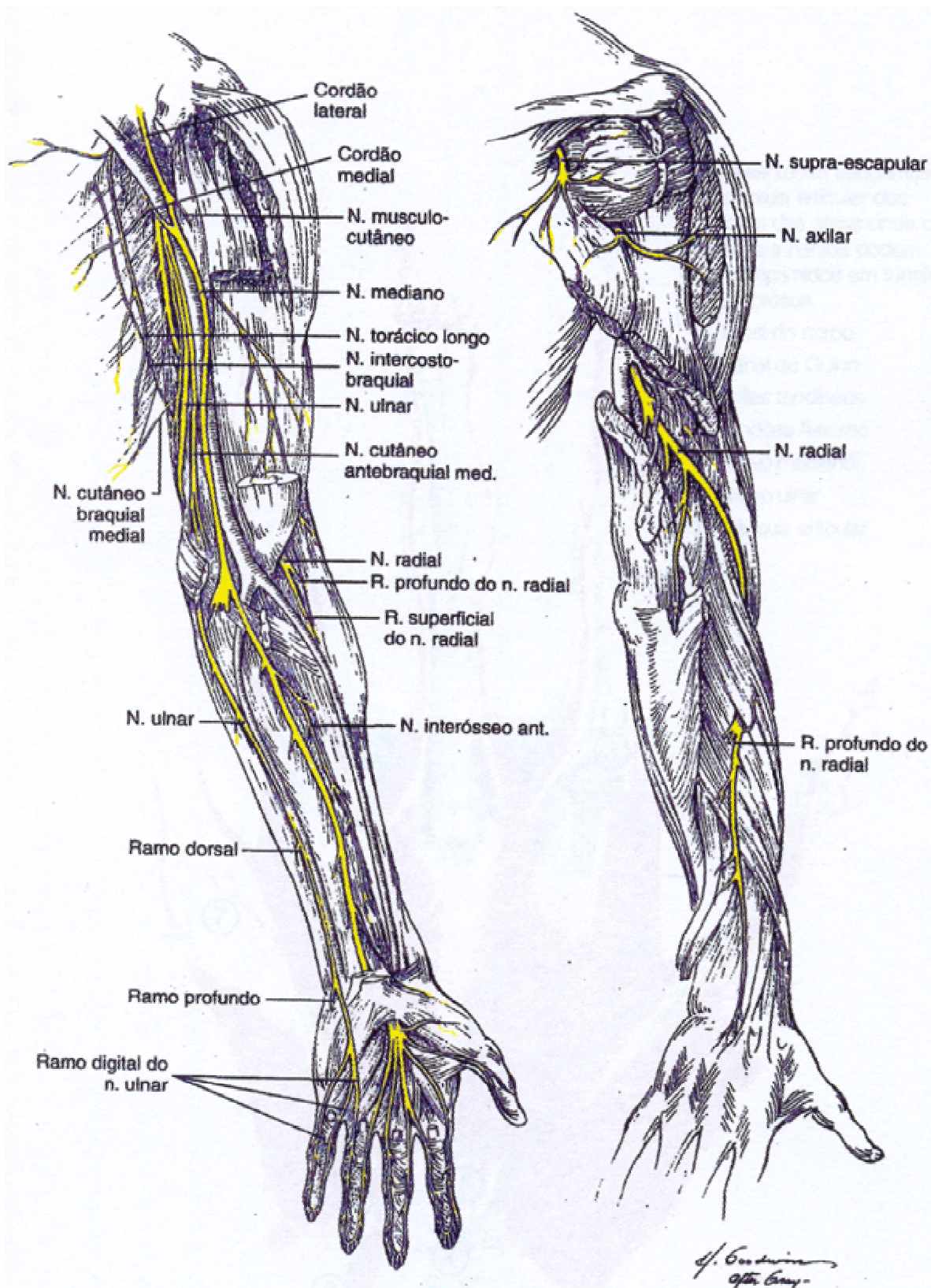
OSHA – Occupational Safety and Health Administration

RSI – Repetitive Strain Injury

WRUED – Work-Related Upper Extremity Disorders

WMSD – Work-related Musculoskeletal Disorders of the upper limbs

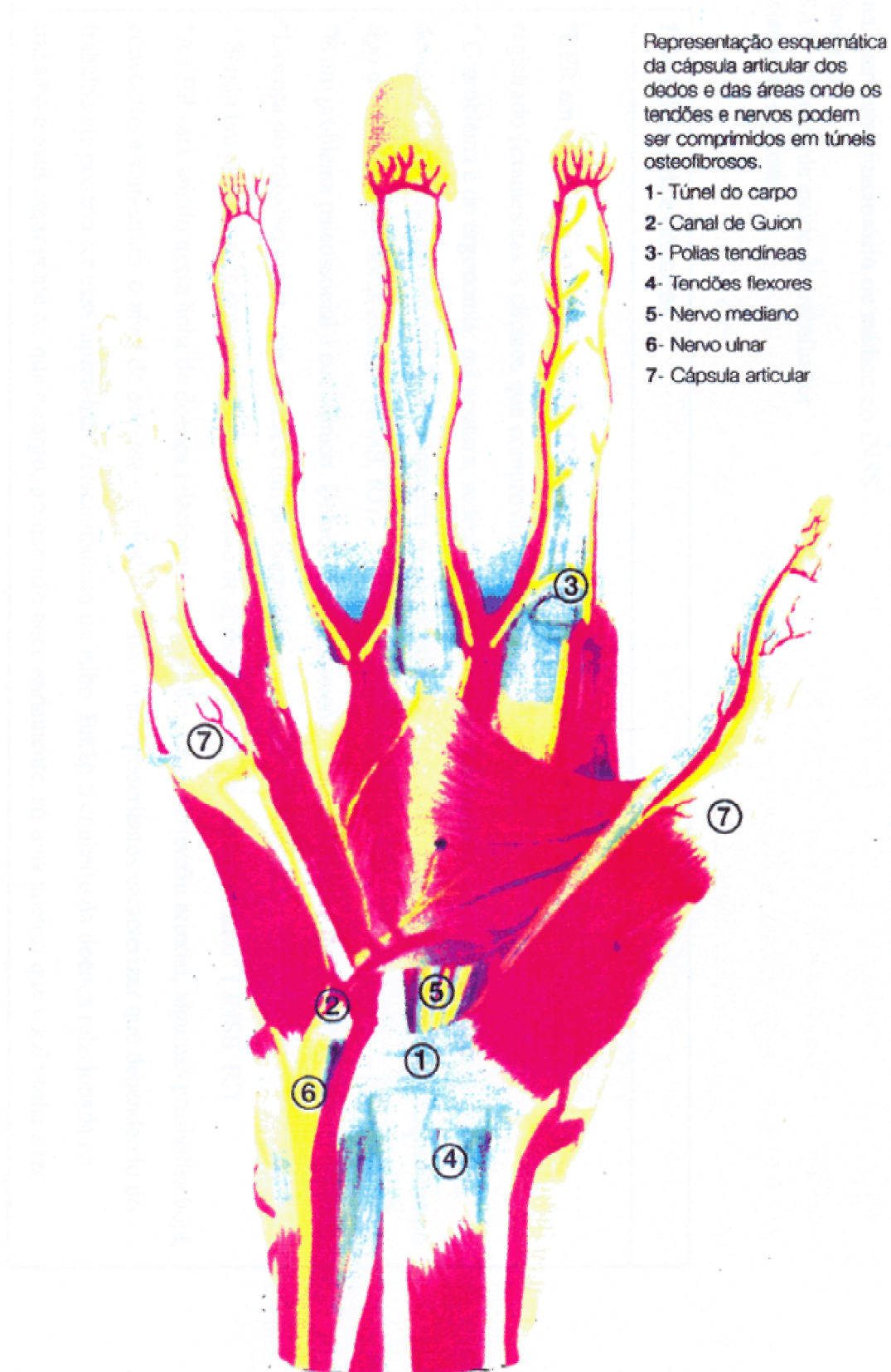
WRULD – Work-Related Upper Limb Disorders



PRANCHA 23
Nervos do Membro Superior

Fotos

Fonte: Literatura Técnica Continuada de LER. Fascículo 2. Dr. Sérgio Nicoletti.



Quadro-sumário: falas dos entrevistados por temas de discussão

Referencia: INSS/RJ = médico perito do INSS/RJ; INSS/CRP = profissionais do Centro de Reabilitação do INSS

INSS = qualquer outro funcionário ou médico do INSS.

T= trabalhadores

PST/NUSAT = Equipe de saúde do trabalhador

S = representantes sindicais

Categorias	falas dos entrevistados
<i>MARCAS DA DIFERENÇA: LER E DORT</i>	"LER em graus, está na Norma de 93. Colocam que não existe cura depois de um certo estágio, mas não foi registrado (exames casos clínicos que comprovassem a LER)". (INSS, RJ) " O problema é de ergonomia: má postura, sedentarismo, mobiliário inadequado, estresse e estafa no trabalho, devido a sobrecarga do esforço. É ergonomia e não repetitividade, não era dada informações sobre toques/tempo, tipo de computador, horas extras". (INSS, RJ) "É um problema psicossocial e econômico. Desequilíbrio emocional e instabilidade" (INSS, RJ) "Doença do trabalho existe, mas a LER é um problema de ergonomia". (INSS, RJ) " Sendo um problema de ergonomia, não é questão de aposentadoria, mas de tratamento" (INSS, RJ) "A LER está saindo desta linha de doença relacionada ao trabalho. Ex. hipertensão arterial, algumas profissões hoje, com certeza aumentam o nível de estresse e o nível de tensão e nós poderíamos caracterizar que dependendo do trabalho ele poderia ter essa hipertensão relacionada ao trabalho. Então o conceito da doença relacionada ao trabalho é mais abrangente do que o cargo, porque não necessariamente, só uma doença que você venha a ter

esforços repetitivos ou outros significativos é que estaria relacionada a coisa. Eu acredito que na hora que nos tivermos o conceito de DORT bem caracterizado, nós estaremos ampliando estas situações que antes estavam muito específicas".(INSS,RJ)

"A diferença foi só técnica. Porque antigamente com a LER, o diagnóstico de LER só se avaliava as lesões dos membros superiores, na LER e a DORT foi englobado todos os segmentos globais da pessoa, todo o sistema osteomuscular da pessoa, então ela pode ter, digamos assim, ter DORT na perna. Se é uma pessoa que precisa subir e descer escada toda hora, é um esforço repetitivo com as pernas, ela pode ter DORT na perna, se é uma pessoa que trabalha sentada muito tempo, até escrevendo com a mão, não precisa escrever a máquina nem usar o computador, ou desenhando, fazendo qualquer outro tipo de atividade, mas a pessoa é obrigada a ficar sentada muito tempo ela pode ter DORT. Então acabou... a diferença passou a ser essa porque englobou todo o segmento orgânico". (INSS,RJ)

"Isso é só um problema de consideração, porque todas as pessoas de alguma forma na vida, faz um movimento repetitivo. Você quando está num congestionamento dirigindo um carro você faz um movimento repetitivo: pisa na embreagem, engrena a primeira, volta ao ponto morto, tira o pé da embreagem; pisa na embreagem, engrena a primeira, volta ao ponto morto, tira o pé da embreagem, no congestionamento você não faz isso? Você está fazendo o mesmo movimento sempre. Um jogador de futebol o que é que ele faz: chuta a bola; chuta a bola; chuta a bola - movimento repetitivo, ou então; cabeceia a bola, cabeceia a bola, cabeceia a bola ele está fazendo o mesmo movimento sempre. Algumas coisas são inerentes da própria vida da pessoa, até do lazer da pessoa". (INSS,RJ)

" Micro trauma que eles chamam osteoarticular. Só que isso como eu estava falando, na Austrália estão provando que não tem muito a ver, isso faz parte da consequência da vida diária da pessoa". (INSS,RJ)

"Na LER a gente levava em consideração aquelas tendinite, tenossinovite, doença de Quervain etc... e a DORT já fala em cervicobraquialgia e em outras lesões do resto do sistema osteomuscular". (INSS,RJ)

"A LER dá sim, mas se você arriar panela, torcer roupas, varrer casa, dá aquela sintomatologia que eles caracterizam como LER. Não é LER, mas tem a mesma sintomatologia. A dificuldade aí é que como não tem um exame próprio. Fulano de tal faz esse exame e constata, então a LER tem que ser... Essa LER mais comum que é essa da tendinite é um processo inflamatório, se a pessoa está fazendo aquele exercício muitas vezes, aquilo vai dando um processo inflamatório, cria um edema, parando não dá isso. Só que a pessoa que trabalha no banco, ou no escritório, dona de casa. Se ela arriar panelas, varrer casa isso tudo exacerbado e se depois ela faz uma carga muito grande, constante, intensa, em cima disso, aí sim, vai chegar a uma sequela lesional que não tem retorno, mas isso depois de algum tempo. Ou o excesso em cima dessa situação, aí eles todos se operam. A grande maioria agora está operando, para liberar o canal, onde passa o tendão. Aí o que está acontecendo em todos eles, a medida que você corta a costura faz uma fibrosezinha, aí fibrosa, aí a compressão não é mais pelo edema é pela fibrose. Aí entra em outro ciclo". (INSS,RJ).

"Não, a diferença é no modo de encarar. Porque muita gente que vinha com LER e não é LER, uma tendinite ou outra coisa. É como a doença da moda, né? Então, todo mundo está com LER....as vezes até o problema de desemprego que está muito grande. Esta área bancária está mandando muita gente embora, eles não tem como entrar...e entra como LER, que é a doença da moda. É o que está rolando têm muitos casos, mas outros não." (INSS,CRP)

"Não, agora mudou de nome, acho que tem algum problema com a perícia, mas eu não sei te explicar exatamente o quê." (INSS,CRP)

Categorias	falas dos entrevistados
<i>O ESPAÇO DA SUBJETIVIDADE</i>	" Muita coisa subjetiva: dor e impotência funcional - sem espessamento de tendão, sem edema, sem atrofia, sem dificuldade de potência muscular, sem seqüela" (INSS) " Nós colocamos uma interrogação dizendo que a pessoa não tem uma doença profissional ela tem sim, uma doença orgânica relacionada com características pessoais e particulares, relacionadas com aquela própria pessoa". (INSS,RJ) "Tentam [na Austrália] mostrar justamente isso, que não tem muita relação com o trabalho, tem relação com a própria pessoa é pessoal. Sem relação com o trabalho. Eles começaram a ver que encontraram isso em pessoas que não tinham... tinham atividades totalmente diferente. É esse o problema, não trabalha com computador, não trabalha com postura viciosa e tem alteração". (INSS,RJ) “Por mais que o indivíduo tenha um problema da LER, túnel do carpo, epicondilite, ela tem uma disfunção energética global, então, nós acabamos não fazendo nenhum protocolo estatístico, porque não é fácil. Porque, a medida que, o indivíduo tem uma patologia específica ele tem uma disfunção energética maior, a gente até acha que ele tem um perfil um pouco parecido, tipo a coisa da rigidez. São pessoas exigentes, muito rígidas, mas isto tem que ser trabalhado, a gente não conseguiu este protocolo, é uma impressão que a gente tem pelo fato de estar atendendo estas pessoas.” (PST) “ São pessoas que contam a mesma história, que davam 1000 toques, que tinha, que são destaque no seu trabalho, são dedicados, trabalham muito e aí... além disso, não só nestes casos, mas em todos os outros, gerando uma grande mágoa. Porque a partir do momento que ele não consegue ser mais aquele trabalhador que gera o que ele gerou, que produz o que ele produzia antes, ele é desprezado, não só pela gerência, mas pelos próprios trabalhadores,

colegas. Que é uma forma de dizer assim que isto é uma coisa muito individual, que só está acontecendo com você, que não vai acontecer comigo. Como se este problema não fosse uma coisa coletiva, não fosse uma coisa do trabalho. Não é que a gente não ache isto não, porque a gente sabe que o trabalho do jeito que está organizado ele vai gerar doença, mas a gente acha também que tem um componente energético que talvez possa facilitar o aparecimento dessa doença. Pelo fato de que a gente sabe que todo mundo tem uma área de menor resistência.” (PST)

“Porque o que acontece quando ele começa a sentir dor ele tensiona não só a área comprometida, mas tensiona tudo, cervical, coluna, vai descendo, vai tensionando, além do emocional. Quanto mais crônico, quanto mais grave, quanto mais comprometido, mais magoado, mais triste, mais estressado, mais infeliz é um círculo vicioso. Se ele está assim, tudo piora, mais incapaz ele se sente, mais dificuldade ele tem para desenvolver as atividades, não só do trabalho, mas de casa também, que ele também está limitado, que ele também tem contra indicação. E a maioria das pessoas atingidas são mulheres, então ela fica limitada não só quanto ao trabalho, mas quanto ao trabalho de casa e aí, vai conseguir explicar que ela não deve passar, mesmo que ela não tenha quem faça, ela tem que fazer. Então isso é uma coisa muito difícil de lidar”. (PST)

“Eu acredito que o próprio cliente acaba incorporando a lógica de que aquela doença é dele que ele não pediu, mas é uma coisa dele, que ele ficou doente, que não é uma coisa coletiva e fica muito isolado. Ele não entende muito o que está acontecendo. É muito difícil, é uma ignorância, no sentido de não saber o que acontece, porque o corpo dele não responde a nada, porque ele não consegue segurar um copo. Ele não consegue entender porque ele não vê um trauma tão grande, para ele, ele não levou pancada, ele não foi atropelado, nada e então, porque ele não consegue melhorar.” (PST)

“Então, quando o INSS coloca que é doença degenerativa ou que a maioria dos casos é doença degenerativa e

	portanto não tem a ver com o trabalho. Eu acho que essa mentalidade é uma coisa construída e no RJ a gente vai ter uma dificuldade, porque as pessoas são contra o sindicato, contra o serviço público e contra os trabalhadores. Estão nesse momento agora acordando para esta situação e aí, fica complicado”. (PST) “Porque quando você tem uma doença crônica de evolução muito longa, o indivíduo se ele não tinha algum problema de cervical, ele passa a Ter de tanta lesão, de tanto torcicolo que ele vai fazendo, de tanto comprometimento. Aí, você vai causar algum dano, alguma redução de espaço em vértebra etc... e aí, quando você pega esses casos de pessoas que já trabalharam tanto tempo, principalmente as mulheres de uma faixa etária de meia idade, onde você pode encontrar problemas cervicais que é o mais comum em pessoas que não trabalham na mesma atividade, aí fica complicado”. (PST) “Por outro lado a gente vê casos e mais casos de pessoas que tem epicondilite, tendinite seja lá o que for e que não tem absolutamente nada além daquilo”. (PST)
--	--

Categorias	falas dos entrevistados
<i>O ESPAÇO POLÍTICO E SOCIAL</i>	" Isso começou mais ou menos em 80, esse negócio de LER começou mais ou menos em 89 por problemas políticos, nem foi por problemas de doença. Em 89, aqui no Rio de Janeiro - isso eu posso falar porque eu trabalho com acidente de trabalho, desde 81 - aqui no Rio de Janeiro começou haver...ser começada a informatização, mais ou menos por essa época, até então quase tudo não se usava computador, e mais ou menos nessa época começou a ser usado o computador para tudo. E os computadores que começaram a usar aqui no Brasil, para variar era tudo obsoleto, refugo de computadores modernos que já tinham no exterior e é... tinha o digitador... que era a pessoa que botava a programação e carregava o computador de informações e programa o computador também, fazia isso. E essa pessoa ficava muito tempo sentada para digitar os troços. O número de digitadores começou a aumentar assustadoramente, só que eles não eram vinculados a nenhuma entidade de classe. Eles trabalhavam no banco e eram vinculados ao sindicatos dos bancários, trabalhavam numa empresa metalúrgica vinculados ao sindicato dos metalúrgicos e começou a se fazer pressão política para se criar o sindicato dos digitadores e esse sindicato dos digitadores começou a ter de alguma forma, politicamente alguma força lá em Brasília e uma das maneiras de divulgar esse sindicato foi através de benesses, favorecendo os digitadores. Foi quando houve a pressão, na época no INAMPS e no INPS para começar a se colocar pessoas encostadas , aposentadas pelo INSS, para de uma forma indireta favorecer o sindicato dos digitadores. Só que com o tempo os computadores começaram a se modernizar tá? E na modernização começou a haver codificação de barra, leitura óptica, os programas já vinham pronto e então o digitador começou a não ter tanta função, aí entrou o problema social: para eles garantirem o emprego durante um ano, que a legislação do acidentado do trabalho obriga a isso, as empresas a isso; para eles ficarem encostados; ou até pegarem outro tipo de benefício começou a haver pressão junto ao INAMPS e INSS para

favorecer os digitadores. Mas, com o tempo os digitadores, teoricamente hoje, quase não existe mais, então este sindicato perdeu a força. Então no início a pressão foi política e tínhamos um grupo de trabalho em relação a isso, porque a gente sempre brigou, começou a ver que não existia a doença propriamente dita, que a doença era social e política e não doença adquirida como forma de trabalho. E começou a se brigar em relação a isso e foi feito, não existia norma técnica nenhuma na época, foi feito através do Rio de Janeiro, eu trabalhava em Caxias também, uma conscientização e uma normatização para se trabalhar em relação a isso. A gente era obrigado a fazer uma avaliação da pessoa e afastar todas as doenças para chegar a conclusão de que não existia uma doença por esforço repetitivo. E comecei a saber que não existia tanta doença por esforço repetitivo que sempre, bem ou mal, o segurado numa conversa ou num papo falava "não é que eu estou com medo de perder o emprego, estou com problema em casa, eu estou querendo me encostar por causa disso " tinha por trás a política e a situação financeira, não era só a doença propriamente dita". (INSS,RJ)

"Essa figura médica de esforço repetitivo eu acho que existe, mas não na proporção que ele está sendo usada por todos os funcionários de banco. Entende, ela está sendo usada por todo o mundo que está com medo de ir para a rua. É até lógico, se eu estivesse nas bocas de ser mandada embora eu ia tentar um recurso qualquer ". Agora se eles obedecessem as normas, que tem que digitar, tem que parar, tem que fazer exercícios de alongamento, depois volta, se obedecesse aqueles intervalos, ou ao menos fizessem um rodízio, para ele não ficar só ali, isso não aconteceria. Quer dizer não aconteceria com esta totalidade, tá. Um ou outro iria desenvolver. Eu acho que isso está sendo muito manipulado. Manipulado para botar rótulo no problema do desemprego". (INSS,RJ)

“O INSS dificulta o diagnóstico. Eu acho que essa dificuldade de diagnóstico está relacionada com o fato do INSS hoje está querendo privatizar essa parte do seguro acidente. Ai, quanto maior dificuldade você tiver em fazer o diagnóstico melhor, porque o seguro não quer pagar. O seguro tem que dar lucro e quanto mais você botar o

	peçoal de fora, se você não faz o diagnóstico na época você não entra no INSS, então a estatística cai. Cai o número de beneficiados, parece até que isso é um grande benefício, esse nome é horroroso, isso não é benefício nenhum, então vai ser menor.” (PST) “Isso com um número...saiu no jornal do Brasil de Domingo (15/02/98), 15 trabalhadores morrem por dia no trabalho. Um absurdo, um assassinato em massa, uma desvalorização...Então, hoje, a doença ocupacional e a doença do trabalho é falta de cidadania. Então, esse amparo ao trabalhador está cada vez mais escasso. A segurança...você não tem segurança no trabalho, além disso, não tem responsabilidade enquanto empresário de preservar a saúde daquele trabalhador, então, é mão de obra rotativa barata”. (PST) “Tem clientes que a empresa afastou que paga fisioterapia particular, mas não é o que a gente vê por ai, daí, a resposta dessa pessoa ao tratamento é muito melhor”. (PST) “A gente sente as dificuldades profissionais como toda a instituição de saúde tem um número insuficiente de profissionais (...) a gente já está requisitando mais profissionais para cá, infelizmente a gente só tem um médico e os agendamentos estão sendo mais longos, mas mesmo assim, a gente está tentando não deixar o trabalhador sair daqui sem nenhuma informação ou orientação. Por menos que a gente possa fazer, dá uma orientação para que ele fique mais calmo em relação ao que ele está passando.” (NUSAT) “É bate de frente com a miséria, com a pobreza, com o problema social...o desemprego no país é muito grande, a qualificação é baixíssima, o nível de alfabetização é muito baixo. Muitas vezes vem aqui com 4ª / 5ª série e quando você vai avaliar a escolaridade ele não passa da 1ª. Aprenderam na prática, é muito difícil. O desemprego está muito grande e a fixação da mão de obra está difícilima. Já para quem não tem limitação nenhuma, você imagina para uma pessoa assim...” (INSS, CRP) “Muita gente fica desempregada e recorre ao INSS”. (INSS, CRP)
--	---

Categorias	falas dos entrevistados
<i>A NOVA OCUPAÇÃO DO TERRITÓRIO DA DOENÇA DO TRABALHO</i>	"Muitos processos de bancários" (INSS) "O fluxo de doença profissional é a LER" (INSS) "A doença osteo-articular é um troço que preocupa porque as empresas estão partindo para a digitação" "uma coisa epidêmica em termos quantitativo de pessoas... uma coisa assim em termos de fluxo BUM!! (...) para o INSS tem que ser tratada com destaque preferencial" (INSS) "existe a doença e existe muita apelação pelo desemprego. Pessoas que não são digitadoras que não trabalham ininterruptamente estão requerendo" (INSS) "Porque estão demitindo todo dia tem processo" (INSS) " Se tem estatística observa melhor isso. Tem mais deve ser melhor regulamentado" (INSS) " E o que aconteceu? Acredito que o país hoje esteja passando por sua fase mais crítica, situação com relação a situação de desemprego, situações de mudança, privatização na área estatal, isto tem gerado uma síndrome que eu chamo de uma busca de regulamentação, uma busca de direitos dos trabalhadores. Pessoas que trabalham, principalmente na área bancária, onde está havendo um processo muito grande de privatização e enxugamentos - os bancos cada vez mais automatizados e diminuindo obviamente a necessidade desses profissionais) vários profissionais tem buscado o que? A garantia futura do seu rendimento. O que quer dizer isto? Caracterizado uma doença profissional, onde a legislação hoje permite um afastamento com um melhor ganho, certo. Com uma melhor situação e obviamente nos trabalhamos numa situação de <i>border line</i> onde começam a aumentar os sintomas clínicos, as doenças propriamente ditas e a situação de uma insegurança social ou de uma busca de uma segurança mesmo pessoal e financeira. Isso aí tem aumentado muito o caso de pessoas que buscam ou que começam a sentir

uma doença profissional. Ou por ouvir que o vizinho, o amigo, o primo, o parente tem uma sintomatologia a pessoa começa a sentir essa mesma coisa, e procura uma maneira de caracterizar essa sintomatologia". (INSS,RJ)

"A perícia vai colocá-lo no LI - Limite Indefinido - agora não fica mais aposentado, porque a aposentadoria está muito restrita. O LI permite que o órgão responsável possa periodicamente reavaliar este indivíduo". (INSS,CRP)

"Em caso de doença ficam mais no LI, a aposentadoria fica restrita aos casos de tempo de serviço" (INSS,CRP)

"O mais comum é a síndrome do túnel do carpo, a tendinite, epicondilite, com comprometimento da cervical, então cervicobraquialgia. Temos desde os casos simples inicial , aí a gente fala inicial, apesar da manifestação já ter sido longa de 2 ou 3 anos, e casos assim crônicos até de ombro congelado, um comprometimento mais severo, pacientes que já sofreram cirurgia, pacientes que não se submeteram à cirurgia." (PST)

"Que ele não tem só a pressão da doença, ele tem... 'vou ficar desempregado, não vou ser bem aceito, o que é que eu vou fazer'. A média destes pacientes tem 30 a 40 e poucos anos ou também pessoas de 20 e poucos anos, já com uma grande limitação profissional. Ou então o indivíduo na meia idade ou já com 40/50 anos que não está para se aposentar, que precisa trabalhar, tem uma Segurança de 1 ano no trabalho, isso se houver reconhecimento e depois disso se vê no olho da rua, em um mercado que não está absorvendo mais nada e ele só faz aquilo, sempre fez aquilo, não sabe fazer outra coisa. E o desespero deste indivíduo". (PST)

"o terceirizado, o indivíduo que com 3 meses de trabalho em cada lugar, ele vai ficar doente e não saberá onde adoeceu. O indivíduo não tem garantia e vai continuar trabalhando. Não adianta a gente dizer que não pode trabalhar, ele vai parar como? Ele vai continuar trabalhando" (PST)

" Ele esconde que ele está doente não só dele, como de todo mundo. A gente vê uma gama grande de profissionais que só para porque foi demitido, então, foi demitido não tem nada a perder, ou porque é a última gota, parou mal"

Categorias	Falas dos entrevistados
<i>PARÂMETROS DA INCAPACIDADE</i>	" Aí você tem que saber o tipo de atividade que ele faz. Se é um indivíduo com uma hipertensão arterial com sinais altos e é um carregador do Cais do Porto ele está incapaz. Se ele é um escriturário ele não está incapaz. Aí você tem que avaliar o tipo de serviço que o indivíduo executa, e ver se está apto para exercer aquele serviço com a doença que ele tem". (INSS,RJ) “Por mais que trate o físico e a perda que o indivíduo tem, ele não só perdeu o mundo do trabalho, ele perdeu sua capacidade, sua relação com a família fica muito comprometida. Da esposa que não entende como é que um indivíduo, aparecimento inteiro, não consegue fazer nada. A pessoa tem uma dor constante que uma gota d’água pode acionar”. (PST)

Categorias	falas dos entrevistados
<i>O LUGAR DA SIMULAÇÃO E DA SOMATIZAÇÃO DA DOENÇA</i>	" exame clínico normal e queixa de dor" "O ortopedista de seguro saúde particular declara tendinite, as pessoas vêm ao INSS, com a declaração e não têm nada" pouco tempo de trabalho e pedido de benefício" (LM, M, INSS, N) "Por um lado a doença e a lei de garantia de 1 ano e de outro um problema social " ameaçado no emprego muita gente vem com a alegação de que está com DORT" (INSS) LER: "Lorota dos Espertos Remunerados" (INSS, RJ) "Indumentária da LER: colar cervical, tipóia, ataduras, maquiadas, com brinquinhos. Não poderiam colocar brincos nem maquiagem, além disso, não tinham diferença da cor da pele, sem ataduras ou tipóia, ainda as imagens

laboratoriais são normais". (INSS, RJ)

"Somatização é uma coisa muito forte. Toda vez que você fala de somatização, você...é ...pode ter a impressão de que a pessoa estaria simulando. Eu não sou desta corrente da somatização, eu sou da corrente de que a pessoa pode ter tranqüilamente sintomas que obviamente ele associa com aquela atividade, e que ela acha que toda vez que ela desenvolve aquela atividade, ela piora aqueles sintomas e tudo mais... Eu não acho que ela está inventando, temos alguns casos de tendinite e tudo mais, onde a pessoa tem uma incapacidade mesmo, mas o que estamos discutindo não é se existe ou não a doença, o grande questionamento é: é uma doença profissional? Sim ou não".

(INSS,RJ)

“Não fazemos tratamento o tratamento é no SUS. Mas, nos temos um prazo, não há necessidade de uma só vista d’olhos definir. Eu posso observar o paciente durante 15,20 dias, 1 mês. É até melhor porque muitas das vezes o paciente quando chega, ele tenta mascarar suas dificuldades e no dia a dia a gente consegue filtrar mais essas coisas. Eu acho muito desagradável, mais muito, muito, mas as vezes o paciente simula, eu acho uma falta de respeito a dignidade humana enquanto pessoa, não ao INPS ou ao fisioterapeuta do INPS, mas falta de respeito à pessoa, querer enganar uma pessoa. Por exemplo, chega dizendo que tem uma lombalgia, que não consegue nem andar, que foi uma dificuldade para chegar, então a gente diz, por favor vamos examinar, aí, cai umas moedinhas e o camarada sai catando que nem louco, que nem uma criança de 4 anos, quer dizer, ele nem podia calçar o sapato , mas pode abaixar para pegar uma moedinha embaixo de uma máquina. Coisa assim, tão gritante. Coisa assim como a que aconteceu com uma colega do setor que ficou muito indignada. Uma senhora com uma perna inchada. Ela desconfiou porque estava muito inchada e então, ela pediu que tirasse a roupa para examinar e ela estava com um garrote acima do joelho. Coisas assim gritantes, no dia a dia eles não conseguem manter. Pessoas que chegam mancando, se arrastando e mal saem da porta, já saem correndo. Coisas assim, que em uma avaliação com mais

	tempo dá para ver melhor”. (INSS, CRP) Perguntado sobre a frequência da simulação “Não, é rara. Eu já trabalho em reabilitação há 23 anos, comigo poucas vezes aconteceu, soube mais de relatos de colegas. Colegas que me contam estas passagens de outros CRPs ou órgãos do INPS.” (INSS, CRP) “O paciente as vezes diz que não pode mexer a mão, não pode mexer o dedo e a gente vê que não é isso, faz um teste com aparelho de eletroestimulação e pelo som dos músculos dá para ver”. (INSS, CRP) Diz que tem hérnia de disco, como é que vai provar que não tem. Isto tem que ser pesquisado. Dor na coluna. Como é que vai provar que está com dor. Não tem um objeto que meça da dor. Tem que ser pesquisado no dia a dia. Pode ser pesquisado em 1 semana, 2 semanas. Por exemplo: ‘não posso sentar’, no segundo dia vem, está esperando ali fora, pega isso, pega aquilo e chega na sala ‘estou morrendo de dor’. Os movimentos as vezes vem com uma postura que não tem nada a vê. Você tem como observar isso”. (INSS, CRP)
--	---

Categorias	falas dos entrevistados
<i>PERDAS E DANOS: O ÔNUS DE ADOECER</i>	" trabalham maior nº de horas, sem o descanso estipulado por lei" " as empresas não cumprem as regras de segurança e de prevenção e o INSS paga o ônus" (INSS) "porque para a empresa que se dane, ela quer o empregado trabalhando. Se começar a ter dor, trabalhar menos, faltar, a empresa detecta e manda ir ao médico. O ortopedista faz uma CAT. O trabalhador é encaminhado com a CAT ao INSS, isso desonera a empresa que coloca outro empregado nas mesmas condições de trabalho. Onera o INSS" (INSS) "Um caso: trabalhadora já operada, com túnel do carpo, com 35 anos. Se tem seguro e se comprova o nexo técnico vai para o CRP. Ganha Aux. Acidente (50%) e se aposenta aos 35 anos. Como o salário da maioria do pessoal de informática é alto. O INSS paga o ônus". "Sem nexo com o trabalho vai para B31 - Benefício previdenciário" (INSS) "Complicado a bomba estoura em cima do INSS. A empresa suga o trabalhador, quando ele cai com dor, ela pega o sujeito afasta e manda para o INSS. Até vai ao CRP e o próprio empregador que levou o sujeito a ficar com a lesão, não aceita ele em outra função"(INSS) Exames negativos e queixas subjetivas mudança de função e benefício vitalício. (INSS, RJ) O perito não é para não fixar, mas tem uma função social, eu não posso dar uma aposentadoria de alguém de 23, 24 anos, todos nós estamos implicados nisso, eu estou pagando, você está pagando e a previdência quebra. (INSS, RJ) "O INSS é na realidade uma grande seguradora e o empregador não paga aquilo que é repassado ao trabalhador pelo INSS". (INSS,CRP)

	"O trabalhador paga a aposentadoria, o atendimento médico seria um dever do governo em atender a saúde". (INSS,CRP) "Se há...existe um nexo causal, vários segurados estão conseguindo aposentadoria integral, benefícios maiores, exatamente por essa questão do nexo. Existe o nexo com o trabalho, logo algumas...em algumas instâncias está se definindo como uma doença profissional" (INSS/RJ) "Se você caracterizar, hoje, que é uma doença profissional o segurado teria direito a um auxílio, ou pelo menos a uma situação próxima a 100% dos vencimentos dele. Quando você caracteriza um auxílio doença você tem o cálculo, hoje, baseado nas últimas 12 ou 36 contribuições. O que acontece? Você teria uma remuneração menor, respectivamente. Então esse é um ponto que também precisa ficar bem caracterizado, para que o trabalhador não venha a ter um prejuízo financeiro ou econômico". (INSS,RJ) "Outras situações de segurados que adota um ambiente de trabalho muito ruim e a empresa não liga para a saúde do trabalhador, liga para a saúde do bolso do trabalhador e agora então com o desemprego em massa, isso aqui enche, porque o trabalhador está perdendo emprego ele vai para o INSS, já que ele pagou... ele coloca, tem na idéia dele que ele descontou a vida inteira então agora ele tem que ser ressarcido, não é isso. Um problema social enorme, uma entrada de requerimento de benefício enorme, o nosso trabalho aumenta, a gente tem que começar a negar mais". (INSS,RJ) "O INSS na realidade é uma grande seguradora e na realidade o empregador não paga aquilo que é repassado ao trabalhador pelo INSS. Você para a sua aposentadoria, o atendimento médico seria um dever do governo atender a saúde. Claro que a verba recebida pela previdência é revertida também, para os hospitais, aquela coisa toda sem entrar no mérito se o governo usa ou não a verba certo. Na verdade o dinheiro que você paga seria a sua aposentadoria comum. E quando fica velhinho recebe, por exemplo, R\$2000,00 parte pago pelo INSS, parte da
--	--

	empresa e parte do que foi pago por você mesmo. Milhares de indivíduos contribuem para um fundo grandão para pagar aposentadorias e benefícios”. (INSS, CRP) “Qual é a lógica que eles estão trabalhando? A previdência é a seguradora, o banco paga o seguro social e se o cara fica doente joga para a previdência e a seguradora é que se vira. Então a lógica é a seguinte: qualquer seguradora, se você faz seguro do seu carro e não toma precauções contra roubo, a seguradora fica de pé atrás, então é o que eles estão fazendo, é cobrar para as empresas tomarem medidas de prevenção, até para desonerar um pouco a demanda em cima da previdência” (S) “Eu vi a CASI corre pra lá e pra. O pessoal do SESMT tentando elaborar os documentos (mapas de risco, mudanças ergonômicas) para apresentar a previdência . Aí, neste aspecto tem que elaborar mesmo os mapas de risco e fazer tudo que é forma de pressão em cima dos bancos. O que a gente quer é que o banco tome medidas preventivas, que as pessoas deixem de adoecer por um lado, e por outro que o banco tenha uma política para este pessoal que, hoje, já está doente, que é uma quantidade muito grande” (S) “(…) o pessoal da administração do banco BB do RJ estava dizendo que não tem números, estavam criando um banco de dados. Mas a estimativa é que teria mais de mil casos no Estado. Somos cerca de 10000 na ativa, uns 10%. Eu acredito que seja isto aqueles que estão em uma situação mais séria, fora aqueles que sentem formigamento, mas não vai ao médico, porque não quer e coisa e tal. Se colocar direitinho vai passar”. (S)
--	---

Categorias	Falas dos entrevistados
<i>VISIBILIDADE E INVISIBILIDADE DA DOENÇA</i>	"Não tem ninguém aqui ortopedista interessado na DORT. Na silicose foi diferente, porque mexia com a vida... a coisa aparece mais, já isso não, sente dor, perde o tato, força muscular, mas a pessoa que tem fica preocupada, fica com parestesia, déficit profissional que vai carregar para o resto da vida, mas aí é uma questão de interesse de alguém estudar, quem atua em cima disto é o ortopedista" (INSS) "Na fase aguda há, algumas vezes, uma necessidade de imobilização temporária, onde o trabalhador não teria necessidade de exercer a sua função. Passada essa fase aguda, nós não temos visto esta correlação entre o afastamento do trabalho, propriamente dito, em algum momento, não se faz necessário, está situação do afastamento do trabalho. (INSS,RJ) "Tem pessoas aqui que chegam... hoje não existe mais LER foi mudado o diagnóstico para o DORT que é distúrbio... doença osteoarticular relacionada ao trabalho. Então qualquer coisa osteoarticular pode ter relação ou não com o trabalho. É muito comum as pessoas virem aqui até com LER, com o diagnóstico de LER errado porque não é mais, seria DORT, porém a pessoa não tem atrofia nos membros superiores, ou nos membros inferiores que pode dar em qualquer segmento, não tem broqueio articular, não tem diminuição da força tá... não tem, digamos assim, edema ou inflamação visível, então ela pode manter a atividade laborativa, claro com alguma restrição, pequena restrição porque ela não tem alteração que impeça ela de trabalhar. Então é o mesmo esquema, pode ter o diagnóstico de DORT, digamos assim, porém a pessoa está estável". (INSS,RJ) "Não sei explicar. Porque implica uma série de coisas...parte psicológica, desemprego, uma série de outras doenças também. E a tendência é aumentar, porque as empresas não estão preparadas não estão adaptadas." (INSS, CRP)

Categorias	Falas dos entrevistados
<i>LER/DORT COMO DOENÇA DO TRABALHO: CORRENTES CONTRA E A FAVOR</i>	"Na evolução de alguns anos para cá, quando a LER foi descoberta ou quando uma grande quantidade de pacientes chegavam com uma sintomatologia, a medicina do trabalho começou a investigar onde poderia ter uma correlação com a medicina do trabalho. Alguns diagnósticos foram feitos de que várias profissões que necessitavam ou desenvolviam um esforço repetitivo, ou seja, situações na área de automatização, o trabalhador utilizava um grupo só de músculos ou um tipo só de movimento tinha uma tendência maior a desenvolver um tipo de lesão. Um grupo de trabalho de vários ortopedistas e de vários profissionais da área definiram que isso poderia ser uma lesão de esforços repetitivos profissional. Evoluindo os anos, e vários casos, começou-se a avaliar que mesmo pessoas que não tinham uma atividade de esforços repetitivos, tinham a mesma sintomatologia. Começou a gerar questionamento: é uma doença profissional? É uma doença causada por esforços repetitivos ou é uma doença como outras qualquer que não tem nenhuma relação com a atividade do trabalho ou do trabalhador propriamente dito. Nós no Brasil estamos nesta encruzilhada: é ou não é? Tem ou não tem?" (INSS,RJ) " Em alguns casos está se tornando bastante difícil se caracterizar isso. O tempo no trabalho é um dos fatores agravantes para o desenvolvimento de uma doença profissional. Mas existem variações de pessoas para pessoas, sensibilidade maior ou menor, pessoas desenvolvem ou não alguma doença no trabalho e têm outras que não desenvolvem. A questão da LER, eu acredito que hoje ela é questionável como uma síndrome. Algumas correntes acham que a ler, não existe. Sim, você continua tendo uma tendinite, uma sinovite ou outros problemas orgânicos não dependentes efetivamente de uma atividade de esforço repetitivo. (INSS,RJ) "A pergunta é como é que uma pessoa que desenvolve um esforço repetitivo no braço direito, que é, normalmente, a mão direita que é dominante e ela tenha a mesma sintomatologia na mão esquerda, que não usa repetidamente no

trabalho. Quem responde essa pergunta? Se você avaliar a maioria dos pacientes ou segurados que vem aqui, ele tem uma síndrome bilateral, se ele só usa um membro porque o outro também teria efetivamente a mesma sintomatologia?" [mas o teclado usa os dois] " Se você olhar a maioria das atividades dos digitadores ele usa os dois, mas com certeza, preferencialmente a mão direita, se você fizer hoje um cômputo de toques com a mão direita e com a mão esquerda, a mão direita ganha assustadoramente. Eu lhe pergunto? Por que a sintomatologia na mão esquerda? " (INSS,RJ)

" Nós colocamos uma interrogação dizendo que a pessoa não tem uma doença profissional ela tem sim, uma doença orgânica relacionada com características pessoais e particulares" (INSS,RJ)

"Hoje nos temos pessoas com baixa idade e pouco tempo no teclado desenvolvendo uma tendinite e uma tenossinovite. Até me permitir não falar LER porque eu acho que...eu sou da corrente que uma doença...de uma lesão por esforços repetitivos ela não deveria ser utilizada. (...) Qual seria então a outra denominação e ou nomenclatura para a mesma sintomatologia de uma tendinite e tudo mais. Nós teríamos que definir que seria uma lesão profissional do punho, uma lesão do dedo, uma lesão do cotovelo". (INSS,RJ)

"Nós sabemos que existem algumas situações, já descritas a bastante tempo ex. o profissional do tenis, ele desenvolve uma sintomatologia a nível de cotovelo por exigir um esforço maior daquele membro. Certo? Mas, o que é que acontece? Ele desenvolve essa situação é...ou uma hipertrofia ou até...uma maneira que você vai desenvolvendo cada vez mais aquele seu membro, então é uma situação maior. Você tem uma hipertrofia muscular, você tem um esforço maior. E em hora nenhuma está caracterizado de que a doença do tenista é uma doença por esforços repetitivos e sim uma doença característica daquelas pessoas que praticam isso. Hoje a pessoa que escreve, nós aqui na perícia que escrevemos muito, com certeza temos uma sintomatologia a nível de dedo, a nível de mão, mas com certeza é uma situação peculiar, igual hoje você tem o carregador no Cais do Porto, certo? Ele

	deveria ter, de repente, uma LER a nível de coluna, porque ele movimentava a sua coluna de maneira que ... Mas, nós não temos, hoje, descrição de LER a nível de coluna". (INSS,RJ) "Eu só estou conversando com você <i>leigo</i> [não ser médica] , para que você tenha uma visão ou seja de que outras profissões que exijam um esforço...não necessariamente tem ou desenvolvem uma sintomatologia. Mas, você vai dizer: mas, algumas têm. Não é esse o ponto que a gente está discutindo... é uma doença profissional ou não é uma doença profissional ?" (INSS,RJ) "Eu acho que nos precisamos...ainda estamos aqui no Brasil em uma situação de indefinição. Correntes médicas dizendo que existe a doença e correntes médicas dizendo que não existe a doença. Nós precisamos chegar a um consenso para tirar o trabalhador deste impasse". (INSS,RJ) "Existia uma equipe de profissionais mexendo na área do trabalho única e exclusivamente para caracterizar as lesões por esforços repetitivos, se eram ou não causadas pelo trabalho. Certo? Estatisticamente em Minas Gerais deu uma guinada. Havia uma maior tendência a dizer que era uma doença profissional e isto está sendo discutido". (INSS,RJ) "No caso, aqui a gente deu sorte veio pessoas que trabalhavam com acidente de trabalho, com acidentados de trabalho já há muito tempo, então a gente já tinham experiência sobre isso e a gente brigava, sempre brigou quanto a isso. Mas, não é o geral tem dermatologistas dando nexos disso, tem cardiologistas dando nexos de LER, em outros lugares, em outros postos até mesmo dentro das empresas, até mesmo ortopedistas que pesquisam outras coisas numa vasta autenticidade e as pessoas chegam com dor é LER, não discute nem o que é, sem avaliar o indivíduo como um todo. Até mesmo existe algumas Normas Técnicas da Previdência que considera que a nível de mão de movimento repetitivo quando a pessoa dá 250 toques por minuto. Isso é norma da Previdência". (INSS/RJ) "a LER, uma tendinite, uma tenossinovite, inflamação da bainha ou do tendão, isto por causa do uso errado no
--	---

	trabalho, posições viciosas, falta de estudo da ergometria. Falta de aplicação da ergometria, numa melhor disposição da postura no trabalho (...) Se sobrecarregar os músculos vai agravando. Nós vemos tanto o conjunto dos músculos, quanto ele isolado. Muitas vezes a pessoa está com a LER, mas aquilo não intervêm, apenas um músculo está com a lesão, ou seja, com a inflamação e dá para tratar com fisioterapia e melhorar (termoterapia, ultracinética, cinética, relaxamento, alongamento), outros casos são cirúrgicos. Aí, esbarra num outro fator. Muitas das vezes o paciente não quer fazer a cirurgia e muitas vezes, se ele quer demora, quando o paciente tem plano de saúde é fácil (INSS)
--	--

Categorias	Falas dos entrevistados
<i>A ESCOLHA DE UMA EXPERIÊNCIA MODELO</i>	"não sabe da discussão da Austrália. Não pode comparar porque lá eles devem observar a legislação trabalhista, não deve colocar o cara trabalhando 10 horas em digitação" (INSS) Experiência Australiana acabaram com a LER por decreto, acabam os benefícios e acabam as LER "Lorota dos espertos remunerados" (INSS, RJ) " A Austrália é um dos exemplos onde uma lei, praticamente, definiu esta situação [a LER/DORT não é doença do trabalho] , mas no Brasil, nós não temos isso". (INSS,RJ). "Isso é um negócio que até hoje é muito discutido no mundo inteiro. Os maiores trabalhos que têm a respeito disso são nos países nórdicos: Suécia, Dinamarca, Noruega. Onde tem os maiores discursos sobre isso e por incrível que possa parecer, a Austrália. Inclusive a Austrália tem um trabalho lançado no ano retrasado, em 96. Em 1996, os médicos da Austrália fizeram um trabalho provando que não existe LER. E aí ?". (INSS,RJ) " Os estudos na Austrália chegaram a conclusão de que tudo não passava de manifestações de outras patologias e não especificamente a LER ou DORT. Então, são alterações de posturas da pessoa, alterações psicológicas da pessoa, alterações até sociais da pessoa. Então na Austrália, em 1996 eles fizeram um estudo e publicaram um trabalho, os médicos da Austrália que estavam diretamente ligados a isto, ortopedistas, peritos tentando provar que isto não existe". (INSS,RJ)

Categorias	falas dos entrevistados
<i>ESFORÇOS PARA UM DISCURSO HOMOGÊNEO NA PERÍCIA MÉDICA</i>	"vem instrução do RJ" "de vez em quando fazem reuniões" (INSS) "A orientação é a Norma Técnica: avalia a patologia, os diagnósticos, diz como o perito deve se conduzir, análise da situação para conceder ou não o B91" "Autonomia médica x análise correta x apelação x contexto social" (INSS) "Não quero é ser injusto, não fixar quando deveria fazê-lo, mas também não quero fixar qualquer coisa. (INSS, RJ) "reuniões com o RJ, para normalizarem uma conduta uniforme. Recebeu material : NR e sobre DORT." (INSS) "Está havendo uma discussão ampla junto ao próprio INSS, para aqueles profissionais cuja formação não é a especialidade de ortopedia, para que a gente tenha um critério coerente e um critério único. Para que a gente não venha a tomar decisões, de repente, não fundamentadas ou que pelo menos, não venha a ter uma discussão geral ou uma orientação pela própria instituição que é o INSS. É uma situação [a LER/DORT ser ou não doença do trabalho] , que nós temos pedido , várias vezes, de que haja uma diretriz". (INSS,RJ). "O que nós estamos buscando aqui no RJ é que todos tenham o mesmo entendimento, para que a Perícia Médica tenha a mesma definição. Não um posto com um trabalho e outro posto com um trabalho diferente" (INSS,RJ) 'Essa é a nossa evolução e o nosso sentimento de que nos precisaríamos ter uma melhor discussão para que a gente pudesse ter as definições de critério de nexos ou não, mais homogêneas ou pelo menos melhores estabelecidas. Eu acho que em alguns momentos essa definição está sendo personalizada ou pelo menos um tipo de posto, um tipo de profissional, acho que nos temos ainda algumas dificuldades em relação a isso, dependendo do perito ou dependendo de quem vai dar o nexo, nós podemos ter opiniões um pouco diferentes". (INSS,RJ)

	"Aconteceu um congresso, senão me falha a memória ano passado com o grupo mineiro, com grupo do Brasil todo. Mas, para poder avaliar o que é que MG estava fazendo, o que é que MG estava entendendo por isso e parece que estava havendo, não digo benevolência, mais um entendimento mais abrangente do que é uma doença profissional ou não. Estão revendo estes conceitos para que a gente tenha um entendimento a nível Nacional único, para que a gente não tenha um Estado com um entendimento diferente e que ...facilitando ou , de repente, agindo diferente dos outros Estados da União". (INSS,RJ) "Não, aqui no posto não, [sobre o acesso às estatísticas] agora na Divisão de Perícias Médicas tem estatísticas, no centro da cidade. Lá eles puxam através de um sistema de computador todas as estatísticas por lá. No posto não, a gente não tem acesso a este programa de banco de dados que faz as estatísticas, aqui no posto a gente tem acesso assim, a um prisma que é só operacional, para lançar resultados. É só para isso". (INSS,RJ)
--	--

Categorias	Falas dos entrevistados
<i>SEGURO PRIVADO</i>	"Olha ao meu ver isso pioraria, pioraria tanto para o trabalhador... muito para o trabalhador, porque o perito na empresa que faria a perícia nos funcionários da empresa, seriam empregados da empresa . A partir do momento que ele não obedeça certas normas empresariais ele vai para a rua. A gente não tem esta pressão da empresa , em cima da gente, porque a gente é funcionário do governo. Então se a gente achar que o Segurado tem direito a voltar ao trabalho, agente diz, mas se a gente acha que não, que não pode voltar ao trabalho, a gente coloca". (INSS,RJ)

Categorias	Falas dos entrevistados
<i>NOVAS NORMAS COM A DORT</i>	" o nexo causal é causa/efeito e o nexo técnico é causa/efeito e trabalho que executa... mas, dizem que não é que é outra coisa" "não houve diferença em processar o exame ou homologar" (INSS, RJ) "Acabei de lê sobre isso na apostila (estava estudando para fazer concurso) Na verdade o antigo nexo causal é agora o nexo técnico. Antigamente o nexo causal era dividido em duas partes, parte técnica e parte administrativa, atualmente o nexo causal é considerado o nexo técnico, não se escreve mais nexo causal é nexo técnico" (INSS, RJ) "Eu não sei se a DORT introduz os dois termos ou se uns escrevem causal e outros técnicos e fica por isso mesmo" (INSS, RJ) "Nada é definitivo no INSS os dois termos são usados, tudo é transição, tudo muda toda hora no INSS. É tanto papel... (INSS, RJ) "LER é um termo em desuso, está começando a ser provado que as dores e lombalgias que as pessoas alegam não são LER. Mudou para DORT, na CAT deve ser LER/ DORT". (INSS, RJ) "A função aqui (PM) era essa, homologar processos de B31 para B91 que agora acabou. Porque saiu uma nova Lei do Ministério da Previdência . O próprio representante agora é que está resolvendo esses caos de B91. É o próprio representante que está dando continuidade. Porque, agora, aqui não tem mais médico para homologar nada. (...) Os médicos que estão aqui não entendem desta lei, só o Dr. D. mesmo". (INSS, RJ) "Faz perícia de B31 todos os dias. De B91 e de LER é que até o presente não faz mais não. Os casos de LER estão todos parados". (INSS, RJ)

Categorias	Falas dos entrevistados
<i>O FAZER DO MÉDICO PERITO</i>	"o perito examina o segurado, faz a perícia do segurado. O homologador revê esta perícia e revê as perícias que estão sendo feitas nas empresas, pelo Prisma". (INSS,RJ) " é uma coisa complexa, para não prejudicar o segurado, avalia como ele trabalha, qual a função, tem que ser correto, mas não pode ser bobo" (INSS) " De que maneira nos devemos proceder para caracterizar efetivamente isso? Acho que os médicos antes de mais nada devem ter 1º bom senso e aqui a nossa finalidade é essa. Não é dizer se o segurado está sendo mal tratado ou se ele está sendo bem acompanhado, não é caracterizar a sua capacidade laborativa. Nós não estamos em hora nenhuma, pelo menos aqui na Perícia Médica questionando se o doente, ou segurado está ou não está doente". (INSS,RJ) " Nós estamos caracterizando se o segurado tem condições de exercer uma atividade laborativa e aí é que temos colocado: ele não pode exercer uma atividade que de repente venha a agravar os seus sintomas, por exemplo uma atividade de esforços repetitivos" (INSS,RJ) "Nós temos um embate muito grande entre cliente e profissional. O segurado acha que o profissional, em algum momento, está tentando lesá-lo, está tentando prejudicá-lo, está tentando evitar...como se diz...que ele venha a ter um prejuízo na sua vida como um todo" (INSS,RJ) "O que nos temos que deixar bastante claro é que a perícia médica é uma avaliação médica e de capacidade laborativa e não uma situação social, onde várias instituições que estão sendo privatizadas (ex. Banerj, BB que está reduzindo e outros) venham buscar o profissional da perícia como uma forma de segurança para o seu futuro". (INSS,RJ)

	"Temos que verificar se aquela doença tem um nexo, efetivamente, com aquele auxílio que a pessoa estaria pleiteando ou não e aí, é que se baseia toda a evolução do caso dentro da Perícia Médica ou dentro das leis trabalhistas"(INSS,RJ) "A perícia é uma forma técnica de liberar benefício por doença, doença grave. E para a caracterização crítica, digamos assim, na avaliação do grau de doença, do quanto isso é incapacitante para o segurado ele tem que fazer uma perícia. Ela é mais ou menos parecida com a perícia judicial . A perícia judicial determina o grau de violência ou o grau de agressão, normalmente que sofre uma pessoa e a perícia é feita no Instituto Médico Legal. Ela faz por mortos e por vivos. A perícia é feita em vivos e em mortos. E a perícia previdenciária é mais ou menos parecida, aqui não faz diagnóstico, não faz tratamento, a gente só avalia o grau de incapacidade do segurado. Quanto tempo, provavelmente terá esta incapacidade e qual o grau. Se ele permite retornar a atividade laborativa ou não". (INSS,RJ) [Mudança de nome LER para DORT] "Oficialmente foi mais ou menos em 1996. Mas, isso é Norma Técnica não é legislação direta tudo vai depender do que o perito achar". (INSS,RJ) "A gente faz... procura fazer uma avaliação de tudo, do conjunto: da profissão da pessoa, do tempo de profissão da pessoa, do grau de repetitividade do movimento, do grau de postura viciosa do segurado. Então a gente procura fazer uma avaliação de conjunto de tudo e mais exames complementares: radiografia, se for o caso eletroneuromiografia, se for o caso radiografia da coluna, se for o caso até, avaliação reumatológica. Com isso a pessoa não tem uma doença reumatológica achando que é DORT". (INSS,RJ) " Hoje em dia o nexo causal mudou de nome passou a ser o nexo técnico. Hoje, a gente só faz a avaliação do nexo técnico que engloba o nexo causal antigo, propriamente dito. A gente vê tudo: causa, efeito e, digamos assim, incapacidade". (INSS,RJ)
--	--

	"É um trabalho bem especializado, porque não é a medicina só que a gente tem que ver aqui é além da parte médica, aquela doença se ela incapacita o indivíduo de exercer a sua atividade profissional. Aqui a gente não vê a doença pura como médico, eu faço um diagnóstico para tratar, aqui a gente faz o diagnóstico... lógico que alguns diagnósticos mais difíceis, a gente entra em contato com um médico assistente, o médico assistente passa resultados de exames que tenha feito que o diagnóstico tenha chegado, e a gente vê se o indivíduo com aquela doença se ele está capaz para a atividade dele ou não. Porque se ele está doente, mas está capaz ele vai trabalhar. Tá ? Ele vai se tratar e trabalhar". (INSS,RJ) "Não há reconhecimento do governo do nosso trabalho, ele não leva a sério este tipo de trabalho. Os peritos são muito poucos. É uma condição de relação médico paciente que não é fácil. Porque nós enquanto médicos, quando o paciente chega, chega querendo que a gente ajude e a gente quer ajudar, agora na perícia médica o paciente já chega se sentindo mal e a gente tem que resolver o problema dele e não é tão simples, porque a gente não vai conceder licença a todo mundo que se acha doente. A gente tem que selecionar aquilo que é doença que gera incapacidade ou não, então gera uma relação de atrito. O paciente tem plena convicção de que ele está incapaz, até emocionalmente" (INSS,RJ) "A perícia médica é uma anamnese dirigida, você tem que dirigir para onde, não adianta você perder tempo para algumas coisas, perder tempo. Você não pode dar muita atenção a alguma coisa que não interessa a perícia. A perícia interessa a anamnese dirigida para o trabalho, não é uma anamnese dirigida para o tratamento". (INSS,RJ). "Ao ser inelegível pelo CRP a Perícia Médica vai colocá-lo no LT (limite indefinido). Agora não fica mais aposentado porque a aposentadoria é muito restrita. O LI permite que o órgão responsável possa periodicamente reavaliar o indivíduo. Será que o braço que ele não tinha cresceu? Operou a mão?" (INSS,CRP) "Geralmente a LER é difícil de ganhar, não sei por quê. Isso aí só o médico é que pode dizer". (INSS)
--	--

Categorias	Falas dos entrevistados
NEGA O NEXO DA DOENÇA COM O TRABALHO	" geralmente porque a pessoa não tem função específica continuada + exames clínicos sem alteração + pouco tempo na função" (INSS) "fisioterapias sem exames físicos e com resultados. Vantagens do lesionado: 50% de salário vitalício, 1 ano de garantia e outra função. O que fazem é cobrar o tratamento. SP 0,90%, RJ 0,85%, BH 18%, Austrália 0,01% (INSS, RJ) Se tiver artrose não fixa como LER, vai tratar como cervicobraquialgia, porque é degenerativa. (INSS, RJ) Quando eu vejo uma lesão do túnel do carpo verifico se houve alteração, principalmente se está parada há um ano. Sugeri que com a S. que o INSS montasse uma equipe com médicos que só tratassem a LER, eles ficariam estudando só isto. Estou convencido que temos que ser criteriosos porque a LER é um problema sócio-psico-econômico. (INSS, RJ) "Nós não estamos conseguindo correlacionar, obviamente, muitos...a maioria dos casos da LER com a doença profissional é incapacitante. E quem realiza os exames? Hoje nos temos um grupo de profissionais ortopedistas, médicos do trabalho que nos enviam este paciente devidamente documentado com os exames complementares. Nos casos de ultrassom e eletromiografia muitos deles não tem nenhuma correlação entre a clínica e o resultado do exame, outros até têm uma correlação". (INSS,RJ) "E em muitos casos não temos caracterizado que é uma doença profissional". (INSS,RJ) "Todos os casos que nós estamos atendendo, nenhum deles conseguiu o B91, a maioria se afastou por auxílio-doença, 1 pediu aposentadoria proporcional e conseguiu ficar afastada por conta disso". (PST) "Mudança houve. Particularmente aqui no convênio a coisa era conduzida como um processo. O processo que a

	gente chamava doença profissional era dado entrada no protocolo lá embaixo sem entrar no sistema, e não era marcada a perícia. No meio do ano passado (1997) para cá, houve modificação. Que foi a gente passar a acessar no sistema, dá um número a esse processo e marcar a perícia. Antigamente a coisa era analisada via processual, fase de documentações de laudos, o médico do INSS não fazia perícia. Mas desde o ano passado está sendo feito desta forma, embora os resultados até agora tenham sido os mesmos eu anteriormente, ou seja, não serem reconhecidos. Antes tinham processos mais os segurados não eram examinados, essa foi a grande mudança, embora não tenha um efeito no sentido de reconhecer ou não”. (INSS)
<i>A CONCESSÃO DO NEXO TÉCNICO</i>	" 8/10 anos de digitação + alteração clínica + alteração nos exames laboratoriais + declaração do ortopedista relacionando ao trabalho ... se negar, o segurado recorre à justiça" (INSS)

Categorias	Falas dos entrevistados
<i>FISCALIZAÇÃO DO LOCAL DO TRABALHO</i>	"Não faz, embora exista uma norma técnica na Previdência que quando o médico tem alguma dúvida que ele pede a empresa para que ele possa fazer vistoria na empresa [<i>mas isso acontece na prática?</i>] não dá tempo, não tem como, aqui tinham por volta de 20 peritos, estamos com 7 ou 8, quase todo mundo se aposentou, não tem como, para você fazer um negócio desse tem que deixar de fazer perícia". (INSS,RJ) "Comunicação de irregularidade!! Quem tem que comunicar irregularidade é o MT, mas eles misturam tudo e se eles começam a dar muita incumbência para o perito, eles botam o perito para trabalhar" (INSS, RJ) " Existem já definidos em normas que nós temos os tipos de atividades que a pessoa executa, agora quando existe alguma dúvida é que nos fazemos uma visita ao local de trabalho. Tem determinados colegas que são acionados para fazerem esta visita e verificarem no local de trabalho exatamente qual é o gesto profissional do segurado: se

	ele trabalha puxando uma alavanca lá em cima, quais as condições dele no local de trabalho. Mas isso, é quando é um caso que está fugindo aquela norma que a gente já tem, aquela descrição do gesto profissional". (INSS, RJ) " Aqui olha [mostra a apostila sobre DORT] inspeção do local de trabalho a partir desse decreto a perícia... depois tem a comunicação da irregularidade do setor de segurança do trabalho ao DRT. Gente!! O perito não pode fazer isso, eu acho que a gente tem que avisar ao nosso serviço de fiscalização, para o serviço de fiscalização avisar ao DRT...agora o médico vai fazer medicina, vai fazer a fiscalização... isso não é para médico fazer " (INSS, RJ)
--	---

Categorias	Falas dos entrevistados
FORMAÇÃO DO PERITO	" Olha a gente recebe através destas aulas toda a documentação legal necessária para a gente exercer nos postos. Por exemplo, ou mostrar para você, são normas, decretos, [<i>o material vem de Brasília ?</i>] não é regional, a nossa seção é que tem um pessoal que separa o que é interessante para a gente, e depois manda imprimir e distribui para os postos todos. [<i>do Rio de Janeiro ?</i>] é. [<i>e os cursos...</i>] são regionais também, nós somos notificados que temos que comparecer no curso tal e tal. Se algum perito quiser ele não vai. Esses cursos também, são na Pedro Lessa, em geral o dia todo, três dias, depende do tipo de curso". (INSS,RJ) "Eu já tive alguns cursos que foram realizados pelo próprio INSS, cursos de reciclagem sabe? Isso a gente tem tido, atualmente até com mais intensidade. [<i>é dado por quem ?</i>] pela seção de perícias médicas, pela divisão de atividades previdenciárias. [<i>é dado pelo quadro de médicos mais antigos ?</i>] É, dentro do próprio quadro de médicos da perícia alguns são escolhidos para dar estas aulas. Algumas vezes a gente tem aulas de pessoas de fora do quadro, digamos, um engenheiro do trabalho, alguém que fale sobre as condições de engenharia da construção civil, entende? Então algumas vezes vem estes engenheiros fazerem estas palestras também, como especialistas dentro da área médica como reumatologistas, otorrinolaringologista que a gente não tem tanta familiaridade como

	o clínico geral, para eles darem para a gente alguns parâmetros onde a gente possa se basear, para definir até onde esta incapacidade permite o trabalho ou não". (INSS,RJ) "O que nos tivemos contato foram com as normas Australianas. É eu tenho até aqui apostila sobre as normas Australianas. [<i> você acha que há muitas semelhanças ?</i>] Não vejo grande semelhança, não". (INSS,RJ)
--	---

Categorias	Falas dos entrevistados
<i>ASSISTÊNCIA MÉDICA E TRATAMENTO</i>	"o cara tem uma fratura opera no hospital, Quando pega um médico interessado tudo bem, mas as vezes fica com problemas, porque o tratamento está muito ruim" (INSS, N) " Há uma diferença entre o segurado que tem plano de saúde e o que não tem. O segurado que tem plano de saúde fica menos tempo, se recupera mais rápido. Aquele segurado ralé, que não tem nada mesmo que o acesso é só de INSS, que a empresa só deu o INSS, esse arrasta mais, o tratamento é pior, as vezes dão sorte de cair na mão de um sujeito mais interessado de um serviço melhor, só no HUAP mesmo que tem ambulatório, endoscopia, cirurgia..." (INSS) "como o tratamento é ruim , o segurado leva mais tempo em acidente de trabalho. É um cara com indicação cirúrgica que não operou porque não tem vaga aqui, nem ali, não tem vaga no hospital. Lá no Rio tem um hospital em ortopedia muito bom, mas o segurado espera um ano por uma vaga" (INSS) Por que as pessoas não ficam boas com operação? Porque não é causada pela compressão é causada pela postura. Devem fazer exercícios e ginástica para postura (INSS, RJ)

	Quando eu vejo, tem que afastar e mandar tratar, agora mandamos este papel requisitando toques por segundo, condições de trabalho, a empresa tem que encaminhar. Não é questão de aposentadoria, mas de tratamento: hidromassagem, exercícios de postura. (INSS, RJ) “O que a gente percebe é que na verdade a acupuntura como técnica isolada, ela não tem tanto efeito quanto com uma boa terapia e quando associada também a uma terapia corporal”. (PST) “A gente percebe que a terapia corporal deu um salto no atendimento, depois que as pessoas começaram a fazer acupuntura e terapia corporal, alongamento etc...” (PST) “ Nós tivemos casos gravíssimos, limitações importantes, perda da força, dos movimentos espontâneos, choque, mesmo depois da cirurgia, a gente conseguiu que este paciente ficasse sem a medicação. Geralmente eles tomavam medicação direto, hoje em dia não tomam mais medicação, só em crise, quando esquece e lava cortina e a dor aumenta, isto para a gente é um grande ganho. Porque ele não conseguia fazer nada, ele não conseguia dormir, então ele dorme melhor fica menos estressado, já consegue fazer alguma coisa, já consegue ficar sem a medicação e aí, você melhora seus efeitos colaterais resultante de anti-inflamatórios, analgésicos, seja lá o que for”. (PST) “Outro problema que a gente percebeu na acupuntura é que a gente melhora o quadro de dor, melhora a tensão, mais o indivíduo não deve voltar a sua atividade, voltou a atividade, volta a tensão, volta o quadro de dor, volta tudo” (PST) “Quando a gente faz acupuntura é para a pessoa agüentar isso (dor). Tivemos casos de pessoas que ficaram sem dor. Tivemos sim, mas são pessoas que entenderam a doença, a limitação do tratamento. Isso é uma limitação do tratamento, a medida que, você não faz uma recuperação. Então o que acontece, no início da doença fizeram o tratamento, conseguiram uma recuperação muito boa e não retornaram qualquer atividade que pudesse acionar novamente qualquer mecanismo de desgaste daquela estrutura ósteo-muscular. Mas é um indivíduo com uma limitação que antes ele não tinha.” (PST)
--	---

	“E a resposta a esse tipo de doença, a esse tipo de comprometimento do corpo, ele está tateando. A gente não tem uma resposta terapêutica. Não tem nem a cirúrgica, nem o tratamento convencional de manutenção, nem a fisioterapia em si... Aí, você vai formando uma camada de trabalhadores que vai sofrer muito por isso, para que outros possam talvez ter um pouco mais de habilidade nesta patologia.” (PST) “O banco tem programa de postura profissional, de educação...como é que se diz? De prevenção contra a LER. Têm diversas clínicas associadas”. (INSS)
--	---

Categorias	Falas dos entrevistados
<i>ATIVIDADES DO CRP</i>	“O perito avalia em relação ao trabalho se o indivíduo tem ou não capacidade para voltar. Se não, vai para o CRP. O CRP avalia (fonoaudióloga, psicóloga, fisioterapeuta) tipo de seqüela, escolaridade, idade. A perícia avalia no final do programa. Cliente com condições físicas e psicológicas para retornar a sua função; cliente cumpriu programa de reabilitação readquirindo condições de voltar a atividade ou a seqüela impede o retorno à função profissional e o indivíduo é preparado para a troca de função... a gente não chama mais de função é troca de ocupação... curso ou treinamento na comunidade. O INSS pagando tudo: curso, reembolso de transporte, alimentação. Mas, hoje não dá mais” (INSS, CRP) “O indivíduo chega ao CRP e o CRP faz um primeiro contato com a empresa que ele trabalha , se houver necessidade de troca de função, para saber: quais as funções e as vagas oferecidas. O encarregado pelo mercado de trabalho cadastra as empresas: o técnico vai à empresa; verifica quais as ocupações existentes; a descrição da ocupação é xerocada para o prontuário e a equipe de avaliação decide sobre o que o indivíduo faz e se a seqüela impede o seu exercício ou não” (INSS, CRP) “o indivíduo vai ser preparado para uma nova atividade. Para a nova atividade ele tem condições de concorrer no

	mercado de trabalho como qualquer trabalhador. Para aquela atividade ele tem condição de exercer normalmente. Agora ele saiu daqui, a empresa não ofereceu nada, de qualquer maneira a empresa terá que pagar um ano. As vezes, a empresa se interessa por fazer um acordo...em vez de deixar a pessoa lá sem fazer nada e com o treinamento que ele recebeu ele vai concorrer como uma pessoa qualquer...Se ele fosse mandado embora sem benefício, ele não tinha que se virar?” (INSS, CRP) “O indivíduo sem condições de concorrer no mercado atual (seqüela grave, idade avançada 60^a ou mais, escolaridade baixa) , que prevalece o desemprego, onde as pessoas estão caçando emprego, mesmo que fosse preparado seria considerado inelegível” (INSS, CRP) “O respaldo que o CRP dá é muito grande, você vê, aqui tem uma equipe interdisciplinar, tem médicos, terapeutas, psicólogos, sociólogos, fisioterapeuta, desta maneira um enfoque muito maior da capacidade residual do trabalho e dentro desta capacidade residual a fisioterapia tem uma importância fundamental porque analisa músculo por músculo da função”. (INSS, CRP) “Você já viu a análise profissiográfica, né? Então, em cima da análise profissiográfica e da capacidade residual nos podemos dar um subsídio bem focal para saber se é caso de retorno a mesma função ou se é troca de função e as funções que limita o que poderá exercer e, outras atividades. Depois é que vem toda a dinâmica” (INSS, CRP) “Agora a gente não faz mais tratamento. Se o paciente chegar e eu vê que ele não é caso de reabilitação profissional e sim reabilitação médica, ele volta para a Perícia Médica. Se ele melhorar é que ele volta ao CRP, para analisar se vai voltar ao trabalho ou trocar de função. ” (INSS,CRP) “O CRP tem o Serviço de Pesquisa Profissional, SPP. As siglas mudam toda hora quando a gente aprende muda. Antes era Serviço de Pesquisa de Mercado.” (INSS,CRP) “Na prática está acontecendo uma redução de pessoal, nós estamos sem pessoal, inclusive muitos técnicos... muitos
--	--

	tratavam agora dá só parecer. A Perícia é que manda para o tratamento no SUS. A equipe de avaliação, quando ele está em processo e precisando de tratamento, devolve para a Perícia.” (INSS,CRP) “O importante para acabar com a LER é só prevenção. Mas, uma tese é uma tese, você conseguindo botar isso, será importante. As vezes a gente quer fazer algo diferente, mas o que a gente escuta é ‘o que é que eu vou ganhar com isso?’ ”. (INSS,CRP) “ Aqui a gente não dá alta ao segurado. A gente faz o que tem que fazer e devolve o Segurado com a nossa conclusão. Se for uma troca de função nos damos o curso, ele faz o treinamento...tudo por conta do INSS. Depois a gente devolve ele para a Perícia.” (INSS,CRP)
--	---

Categorias	Falas dos entrevistados
<i>Sobre os trabalhadores</i>	“ ...as mulheres não conseguem passar um batom, pentear o cabelo. O pessoal com um grau mais elevado não consegue segurar um copo d’água, segurar uma caneta... a questão sexual também, é um negócio complicado”. (S). “Geralmente essas pessoas chegam arrasadas. Tem o exemplo de uma paciente que expressa bem. Ela foi ao médico porque não estava conseguindo trabalhar e o médico falou pra ela que ela estava muito mal e colocou na carta outra coisa, mandou para o trabalho dela dizendo que ela estava simulando, porque os exames que ele fez deu tudo normal, mas como é domínio na fase aguda dá normal, e mandou para o médico do trabalho da firma”. (INSS,CRP) “As pessoas chegam aqui pesadas, já tem a mídia que coloca o INSS como o pior das hipóteses, mas não é bem

assim, se você procurar na imprensa, de um modo geral, não tem espaço para falar do CRP, que seria um anti-INPS, como já me falaram. Aonde tudo funciona com hora marcada, então as pessoas chegam aqui, até na defensiva. Depois é que eles vão relaxando, mas 90% chegam muito mexidos e magoados, ou com o que ele passou na vida pregressa do tratamento ou então com as perspectivas, se sentindo arrasado. Está assim exatamente como força de trabalho, o homem sem trabalho não é nada, sem sua capacidade de projeto não é nada. Sente-se realmente como um pára na sociedade.” (INSS,CRP)

“Quando você acena uma melhora elas gostam, mas o difícil mesmo, no caso da LER é para com as atividades que levam a LER. Porque também , rotulou-se que é doença de mulher, doença de bancário. Mas, não é. Todo o movimento repetitivo pode levar. Uma dona de casa, o que ela faz é repetitivo: cortar legumes, usar a vassoura, descascar uma laranja, força muito” (INSS,CRP)

“Temos aqui casos de pessoas que tiveram grande limitação funcional, de não conseguir carregar mais nada, de sentir dores espontâneas o tempo todo, com comprometimento dos MS, dos dois, porque quando você começa a ter problemas, normalmente do lado dominante, você compensa com o outro. Aí, você destrói, ou dana ou compromete o outro também”. (PST)

“neguinho chega mal, chegam chorando. Lá no Núcleo é assim, uma choradeira só. Ele fica com raiva dele, com raiva da vida, com raiva dos outros, fica muito magoado. E com mágoa você destrói o fígado e fígado está ligado a tendão então, você piora. É função de sangue, circulação, piora energeticamente cada vez mais”. (PST)

“A emoção que é fundamental não só para a cura, mas para um agravamento da patologia ou geração da doença, nestes casos agrava muito. Então o indivíduo obviamente é mais revoltado, é mais impregnado de sentimentos ruins ou negativos, esses indivíduos tem uma resposta ao tratamento muito mais demorada, porque ele desvincula. É a porcaria dessa mão, desse braço, como se não fosse dele.” (NUSAT)

	“É esse braço que não faz nada, esse braço, essa mão, esse dedo, como se essa porcaria...se pudesse ser cortado eu colocava outro... Além do que deve ser muito ruim você sentir dor, todo o dia, de noite pior ainda, à noite porque é frio é ‘in’ piora. Aí, além do indivíduo Ter passado o dia todo com dor, não consegue dormir. É um sofrimento muito grande que a gente não tem noção, acho que as pessoas que estão lidando com isso não tem noção.” (NUSAT) “Chegam aqui querendo o mínimo possível, no caso como eu falei, só em mandar sentar e ouvir a pessoa eles já se sentem aliviados, então, as pessoas por passarem por vários locais e alguns locais infelizmente mal informados, já chegam aqui sem esperança, querendo informações rápidas. O que a gente vê é essa ansiedade, essa irritabilidade, esse desgaste do trabalhador, o desestímulo total”. (NUSAT) “Com relação a LER mais difícil ainda, a maior parte já sabe da problemática da doença, então, já vê que, já percebe que fica difícil tanto voltar a ter a atividade anterior, dependendo do estágio em que se encontra, e até mesmo realizar atividades rotineiras, como as atividades domésticas. Então, a gente vê assim, um lado muito sofrido deles, quer dizer você percebe que abala a vida profissional, a vida pessoal, ou seja, há toda uma mudança na vida do ser humano. Em termos grosseiros ‘é uma barra mesmo’. São trabalhadores muito sofridos”. (NUSAT) “Ele vem traumatizado pelo atendimento que ele teve durante o acidente. Traumatizado com o mal atendimento, ninguém ouve o que ele diz. Aqui ele tem horário marcado, tem alguém para ouvir o que ele tem a dizer, ouvir todas as queixas. Ele chega a dizer: ‘alguém botou a mão em mim, felizmente’. Chegam muito resistentes; ‘Ah! Só sei faz isso, o que é que eu vou fazer, não tenho mais idade para isso’. As vezes chegam aqui agressivos, mas depois mudam o comportamento.” (INSS,CRP)
--	---

Categorias	Falas dos trabalhadores
-------------------	--------------------------------

***Relação com os
médicos e
tratamento***

“A relação com médicos e patrão foi péssima. Porque sabe. Patrão só gosta de empregado quando ele está trabalhando. Adoeceu, negócio de saúde...eu então que já é o quarto afastamento durante esse tempo [1 ano] aí fica difícil. Chega um tempo que o patrão quer mandar embora. Eu falei: ‘se me mandar embora desse jeito eu vou para o MT, porque não tenho condições de trabalhar assim não’”. (T)

“Trabalho há 10 anos nesta função. Ela dizia que eu não estava trabalhando direito. Eu respondia: ‘Agora, porque antes eu trabalhava’. Então ela dizia para eu procurar um médico e me afastar do trabalho. Ai, eu dizia: ‘Mas eu estou no médico, meu Deus do céu, mas eles não me deram nada, só depois da cirurgia é que vai resolver’. Aí, depois da cirurgia, da Segunda né, porque dessa aqui [mostrou o cotovelo] o médico só me deu 60 dias. Quando eu fiz a operação em 97 é que eles me deram esta licença prolongada, porque eu fiz perícia lá em olaria. Fiz a 1ª e a 2ª lá, de lá me mandaram para a Clínica São Sebastião, para um avaliador e um ortopedista. Ele falou que o meu caso era complicado porque eu já havia feito duas cirurgias”. (T)

“Essa cirurgia aqui eu fiz em 1994, de uma fratura, daí já começou a doer os tendões aqui do pulso, fiquei 10 meses, sem ter condições de operar, ia nos postos e não operavam. Operei o cotovelo, fiquei, depois de operada, 6 meses de licença, daí fraturei aqui quando voltei a trabalhar. Foi uma dor danada, chorava de dor e aí o médico disse que eu tinha que operar os dois punhos, primeiro o esquerdo, que estava pior e depois o direito. Foi o que eles fizeram”. (T)

“O médico dizia das dores; ‘você está com problemas de artrose e mandava para a fisioterapia’. Há muito tempo atrás me tratei com um reumatologista, tinha muitas dores nas mãos. Fiz um tratamento prolongado de um ano e quando fraturei o braço, as dores pioraram novamente. Tiraram eletromiografia e acusou problemas nos tendões”. (T)

“Falei com médico da NUSAT ele me examinou e disse que o meu problema era LER e lá na Barata Bibeiro o

	médico disse: ‘O que você tem é sistema nervoso muito forte e deu lá um nome estranho que está causando isso em você’ e mandou eu procurar um psiquiatra”. (T) “Tenho quatro cortes no braço. Esses aqui foram do corte e estes da operação’. (T)
<i>Sintomas de dor</i>	“O meu problema não é psicose não, é dor mesmo de trabalhar, quando eu começo a fazer as coisas eu pioro. Se paro eu melhora um pouquinho. Minhas mãos não têm mais resistência, não é mais aquela, sinto as minhas mãos presas, sinto prender tudinho. Não tenho agilidade. Sinto dormência, formigueiro, esfriar e esquentar. Tem dias que eu embrulho assim (mostra a mão em reza) mais essa friagem, antes mesmo de operar tudo eu chegava no trabalho geladinha e com dor, a menina fazia massagem com álcool, para eu começar a trabalhar, senão não dava”. (T) “A gente está bem mentalmente, seu corpo está normal, mas aí o seu braço não responde, então isso na cabeça de uma pessoa...é muito difícil conviver com isso”. (T) “Faço fisioterapia e tomo cortisona. Sinto dor e dormência. Desse dedo já não tenho tato. A dor continua desde o braço até o ombro. Eles dizem apenas que eu sou Lerda porque estou nervosa” (T) “Quando você toma cortisona é uma beleza não sente nada, mas depois. O médico disse que eu estava precisando de um psiquiatra”. (T) “Tanto que eu tenho sentido muitas dores nas mãos. Eu entrava de licença, eles me afastavam 15 dias. Aí, eu voltava. Como digitadora tinha que trabalhar digitando, aí tinha que diminuir o ritmo. Diminuía o ritmo e botava uma pomada, uma compressa, uma mensagem e ia levando. Teve uma vez que botei gesso, como a mão ficou imobilizada aliviou bastante. Consegui trabalhar 6 meses, estava doendo, mas tomava comprimido...também pela necessidade de trabalhar que a gente tem, medo de perder o trabalho, tem toda uma história aí. Tinha que pagar meus estudos, fazia faculdade, então...Só que chegou a um ponto que eu não agüentei, tive que sair de férias porque eu estava sentindo muita dor. A mão muito inchada, aí foi quando eu resolvi...E de lá para cá, tem um ano que me

	afastei. A fisioterapia não dá certo. Eu tomo medicamentos. Fiz exames, já está diagnosticado LER a mais de 1 ano. Estou com isso desde 95, são três anos, nisso...”. (T) “Continuo sentindo dor e o médico me diz que não é cirúrgico, mas que eu tenho que continuar o tratamento. Agora estou fazendo acupuntura. Ele me indicou RPG que é Postura Corporal Global, que é mais por base de ergonomia do que..., mas continuo com dor. Vou fazer ultra-sonografia porque perdi a força da mão”. (T) “Segundo o raciocínio do médico, realmente isso é verdade, tem um ano que eu não digito, mas embora eu não esteja digitando, os sintomas são os mesmos, o que está um pouquinho menor são as dores, pela exposição...mas eu não estou trabalhando com digitação, não era para eu está sentindo dor, não era para eu estar sem força na mão. Eu tenho que tomar remédio para passar. Eu seguro a dor com remédio demais também, né? Analgésico o tempo todo. Analgésico acaba com o estômago”. (T)
<i>Relação com a empresa</i>	“ A CEF passa um manual para todos os empregados, ela tenta fazer uma conscientização com o Programa da LER, da postura diante do trabalho. Ela está modernizando todas as instalações de trabalho com o Projeto TOP.500, com a parte de ergometria, ela tem especialista neste assunto para elaborar mesas e cadeiras de acordo com a necessidade da pessoa e distribui uma cartilha interna para falar sobre a LER, para quando a gente tivesse sentindo os sintomas, foi lendo esta cartilha que eu associei o que estou sentindo, porque você só sente e diz: ‘Ah! É da posição que eu estou, depois passa. Só que não passa, começa a não conseguir dormir de noite, eu já estava há seis meses sem conseguir dormir. Aquele sono que você acorda toda a hora para mudar de posição, com a dor e você acaba juntando isso na sua vida, tomando isso como uma coisa normal”. (T) “A CEF nunca fez retaliação ao empregado lesionado, não que eu saiba, muito pelo contrário ela aconselha a procurar tratamento”. (T) “ O meu setor procura o máximo a saúde e a qualidade do ambiente de trabalho. Tudo muito bem transado a nível

de ergonomia, uma sala para fumante, uma sala de repouso, para cada uma hora ou a cada 50 minutos de hora trabalhada tem 10 minutos de repouso, isto é muito bem respeitado. Um colega chama a atenção do outro, quando o outro insiste em trabalhar direto, então fica aquela pressão para que o colega não tire o direito dos outros. Um direito que de ele não seguir, de certa forma, se transforma em ônus para a própria empresa. Então a nível do meu setor isto está legal, tivemos uma palestra com um colega que é fisioterapeuta. Ele ensinou a gente a fazer ginástica, no início. Mas, um grupo assim constante de acompanhamento e verificação da prevenção da LER, não tem não”. (T)

“Quando eu tive problemas com o meu dedo e reclamei o gerente disse que eu tinha mais 9 dedos e que não precisaria de 1 dedo”. (T)

Eu fui do Bradesco 15 anos. Fui demitida há um ano. Comecei a sentir dor em dezembro de 96 e engessei o braço diversas vezes. Em janeiro fiz exame periódico, estava já usando esta luvinha, em fevereiro trabalhei só 10 dias, fiquei os outros dias com o braço engessado e em maio/97 fui demitida”. (T)

Entrei com os documentos no INSS e recebi apenas 1 mês. Tinha CAT da empresa e daqui do NUSAT, mas o INSS não aceitou a CAT para AT. Entrei então para auxílio-doença e ele me deu 1 mês”. (T)

“O INSS pediu o gesto profissional, o banco alegou que não tinham porque eu havia trabalhado em SP e eles não tinham como avaliar as minhas funções. Com 15 anos de banco, né? Mas tinha gente lá que trabalhou comigo desde aquela época. Em janeiro/97 eu fui avaliada pelo médico e ele colocou apta e na guia demissionária também, mas eu já estava com a doença”. (T)

“Eles generalizam. Quem faz a declaração do gesto profissional não é a agência, é a matriz. Como é que uma pessoa que está a Km de distância daqui, pode saber o que você fez o período todo que você estava no banco. Primeiro ela nem sabe que você existe até que você pede alguma coisa para ela”. (T)

	“Eu acho um absurdo. Você está durante anos em uma empresa fazendo sempre a mesma coisa e constata que se a empresa não te dá que você fazia aquilo, eles no INSS não reconhecem o AT”. ”. (T)
<i>Relação com o INSS</i>	“O INSS negou o B91 dizendo que a doença era congênita. Tive diagnóstico de STC, tendinite e tenossinovite que ele disse que era doença congênita de nascença, que eu já tinha isso antes e não é verdade. Sempre fui uma pessoa saudável e nunca tive problemas com o meu braço”. (T) "O medico do INSS fica tentando me convencer que eu tenho um problema psicológico, um desajustamento". (T) ‘Como o INSS negou o AT tive que dá entrada tudo de novo como auxílio-doença, perdendo então todos os meus direitos trabalhistas: férias, licença prêmio, contagem para aposentadoria, estabilidade, uma série de coisas”. (T) “Quando eu cheguei lá, o rapaz juntou todo mundo ‘quem é LER?’. Juntou todo mundo, juntou todos os papéis, dizendo para a gente aguardar a chefia. O médico deu não para todo mundo. Parece que já separam para dar logo não, é a impressão que passou”. (T) “Eu vim ao NUSAT como última esperança para que o INSS reconheça. Estou indo a outros médicos particulares que não tem convênio com o meu convênio, quer dizer eu quero ouvir vários, porque eu acho que a palavra de 5/6 profissionais é um peso, então eu vim ao NUSAT que seria mais uma opção para que eles reconheçam os meus direitos”. (T) “Mas tem um detalhe, que o médico estava me explicando no INSS, por isso eles pedem o exame admissional, o exame demissionário e o gesto profissional, porque eles não reconhecem como acidente de trabalho, a não ser que você passe 48h/dia fazendo a mesma coisa. É inviável. Se a empresa colocar no gesto profissional que você fica lá fazendo a mesma coisa. Por exemplo: no caixa o que você faz? Conta dinheiro e digita. Se no gesto profissional constar isso, o INSS não reconhece como AT. Só vai reconhecer se você estiver digitando todas as horas”. (T) “Mas se você está uma série de anos como é o nosso caso, você com 17 anos e eu com 15 anos, o caixa não só

	digita, ele tem que contar dinheiro, levantar o braço para pegar documentos”. (T) “Eu fiquei muito tempo no INSS argumentando com eles, porque eu já tenho laudos de 5 médicos atestando que eu tenho tendinite e tenossinovite, tenho inclusive do NUSAT e de outros médicos. Não tem como ficar fazendo uma coisa direta, a não ser que você seja digitador. Mas, está acontecendo mais é com os bancários, principalmente com quem tem mais tempo de casa”. (T) “A X sempre teve convênio com o INSS, eles mandam tudo a gente só vai para fazer a perícia. Aí, o médico do INSS, como o médico do convênio que fez a CAT não havia colocado os três diagnósticos: tenossinovite, tendinite e síndrome do túnel do carpo, mas só a STC, ele negou o acidente de trabalho, dizendo: ‘Ah! Se o médico tivesse posto na CAT os 3 laudos eu teria dado AT’. Aí, eu perguntei: ‘Mas doutor não tem o laudo do meu médico assistente, porque ele fez a CAT e também colocou, não está aí com o senhor, o senhor não pode ver. Foi só um erro de transposição porque o convênio só copiou do que o meu médico que está me tratando havia colocado’. E o médico do INSS responde: ‘ Ah! Não, isso aí é congênito’ . Aí mudou o negócio já era congênito, que eu nasci com esse negócio no braço. Isso aí, não dá para aceitar não”. (T) “Você teve problemas com o gesto profissional, mas no meu caso foi feito tudo direitinho, não tive nenhum problema com a empresa, mas, no entanto, o INSS, também negou. Sempre arranjam um pontinho, aqui ou ali, para dizer que não pode. Quer dizer você quer lutar pelos seus direitos e você não consegue”. (T) “Acho que todo mundo devia fazer uma associação e entrar com uma ação conjunta para que a coisa estourasse bem grande mesmo, até à nível nacional, porque senão não dá”. (T) "Sentia muitas dores, não conseguia mais trabalhar. Fui ao médico e ele disse que não era nada; que era psicológico." (T) “Tenho 18 anos como digitadora estou com isso há 3 anos, eu acho que é AT, porque eu adquiri isso porque estava
--	---

	trabalhando, não adquiri isso brincando, nem dentro de casa. Mas o INSS não reconhece, o processo está rolando há anos. Já estive no CRP, mas só pude ficar 4 meses porque estava cadastrada como auxílio-doença”. (T) “Só quando o médico da perícia disser que não tem mais nada a fazer é que ele vai me mandar para o CRP. Estou pedindo para fazer reabilitação, mas para o médico dizer isso eu tenho que está sem dor, tenho que está legal. Quero fazer outra função. Ser recepcionista qualquer coisa, não quero ficar em casa. Mas, estou com dor na mão e a dor não é pouquinho não”. (T)
<i>Agilidade no trabalho</i>	“A máquina de escrever manual você bate com uma força mecânica um dedo de cada vez, não faz um movimento rápido com os dedos, mas na elétrica você bate mais rápido. Eu batia, eu fiz um trabalho provisório, em uma empresa de cobrança que para ficar na empresa tinha que bater 600 cartas por dia. Eu cheguei a bater 800 cartas de cobrança, as vezes quase mil por dia. Eu batia bem rápido. Bato super-rápido”. (T) “Eu acho que quem trabalha 10/12 horas por dia por opção que poderia trabalhar 6h/dia no meio de um projeto super importante, como é o meu caso, trabalhando, não vai querer arrumar uma coisa para não trabalhar, pelo contrário”. (T) “Lá no grupo, por exemplo, eu tinha o cargo de chefia, mas com a redução de quadro de funcionários, quem disse... eu pegava 7 horas na agência, abria a agência sozinha, sem segurança, botava a agência no ar, ligava todos os terminais. Quando tinha folha de pagamento, digitava Km de folha de pagamento. Você faz de tudo um pouco digita, soma e conta dinheiro e o gesto é mais ou menos o mesmo. Para usar a máquina de somar você vai usar os dedos, para contar dinheiro vai usar os dedos, para digitar vai usar os dedos. Não é um gesto repetitivo? Mas, o INSS não reconhece.” (T) “Trabalha no X com digitação há 18 anos, faz ficha de compensação e documentos cadastrais. Trabalha 6 horas, para a cada hora pára para descansar 10 minutos. Têm cadeiras apropriadas, descanso de braço. Têm fisioterapeutas

	dando orientação. Fiquei doente porque eu trabalhava em outros lugares onde não tinha isso, eu trabalhava muito por produção. Tinha dois empregos, entrava em 1, saía e entrava no outro. E digitação é trabalho em massa. Tinha que trabalhar por produção 1000/2000 fichas, como ganhava por produção tinha que trabalhar muito. O ambiente era muito refrigerado e os terminais não eram como os de hoje. Eram duros, os teclados eram totalmente fora de encaixe. Eram máquinas de disquete, ainda do tempo de máquinas perfuradoras. Hoje tem uma prevenção maior, mas eu trabalhei durante muito tempo em condições ruins e isto foi se agravando”. (T)
<i>Relação com os colegas</i>	“Geralmente há um preconceito muito grande contra a doença. Eu por exemplo, tenho vergonha de sair com a minha atadura no braço, com a tala. Porque as pessoas já te olham, assim, como quem diz: ‘você está armando alguma coisa. Você está inventando alguma coisa para ficar em casa’. Eu trabalho desde os 14 anos, eu não sei o que é ficar em casa, a não ser por licença maternidade, tanto que para mim foi muito difícil quando o médico falou que eu teria que ficar de licença 60 dias. Engordei 11Kg de nervoso, ansiedade né?” (T) “Encontrei com uma colega de trabalho e ela perguntou se eu não estava armando. Se aquilo no meu braço não era armação. Quer dizer a pessoa fica de uma certa forma magoada. Essa pessoa só vai entender mesmo do problema, quando ela tiver o problema, entendeu? É desse jeito mesmo, mas a gente fica magoada, deprimida”. (T) Eu por exemplo, entro no trabalho se precisar ficar depois, eu fico sem cobrança. Se me pagar pagou, se combinar também compensar, compensa. Quer dizer, não tem esse tipo de problema. Aí, a gente ouvir de uma colega que conhece a vida da gente, por sinal, ‘Ah! Não é armação para ficar em casa’ Eu fiquei tão irritada em casa, tão nervosa que eu me mudei de mala e cuia para dentro da geladeira. Engordei 11 Kg. Eu estou com 52 Kg que é o peso que eu saí da maternidade com o meu filho, meu peso normal é de 42 Kg, perdi todas as minhas roupas, não tenho dinheiro para comprar, entendeu? Ainda bem que não dei a minha roupa de grávida”. (T) "Alguns acreditam que me finjo de doente para não trabalhar. Mas eu sempre trabalhei. Dizem que é frescura de

	mulher." "no trabalho a maioria tem preocupação, se interessa. Tem muitos casos, em outros bancos têm até mais. Mas, eles vão lá querem saber como é que eu estou, se vou voltar a trabalhar, ligam para mim. Se preciso de alguma coisa são atenciosos. Lógico que não é regra geral, não é? Têm pessoas que até poe desconhecimento, ou têm até a falsa ilusão, que dizem: 'Ora, ela anda, ela fala, ela bota batom, penteia o cabelo, então, não está doente' e joga uma piada: 'Será que você está com isso mesmo?'. Porque não é visível, tão visível, porque está inchado. Mas eu acho assim, eu acho que a doença, você acredita que a pessoa está doente, se a pessoa estiver na cama ou se estiver bem visível". (T) "Os colegas e o médico dizem que é lerdexa; que é fricote para não trabalhar, mas eu sinto muita dor". Nos primeiros dois, três meses tinham a idéia: 'Você está armando, para ficar em casa, para não trabalhar'. Quem não gostaria né? Ganhar ficando em casa, isto é o que se pensa, né? Mas não é nada disso, eu trabalho há 18 anos, nunca fiquei em casa e sinto muita falta do meu trabalho". (T)
<i>Relação com os médicos</i>	"Eu tenho uma colega de trabalho com LER que o médico mandou ela fazer um descarrego". (T) "Um médico chegou a dizer que pela eletromiografia eu poderia operar, mas que teria um efeito temporário. Eu achei que para um efeito temporário não convinha eu entrar na faca. Ele diz que faz o máximo e que o que poderia fazer mais seria tirar parte do material para verificar de onde vem. De onde vem eu sei. Com 15 anos de banco. Banco ou você soma, ou você conta dinheiro ou você digita, não faz outra coisa". (T) "O médico credenciado pela empresa não dá mais de 15 dias para não ter que fazer a CAT, encaminhar à agência . Depois ela retorna ao médico do convênio para ele colocar o laudo no verso e encaminhar ao INSS. O sindicato até entrou com uma ação porque o convênio não queria fornecer a CAT para o INSS e assim, ele evitava dar mais de 15 dias de afastamento ao empregado". (T)

“Eu tive lesão nos nervos. O médico disse que a lesão pode levar anos para acontecer, mas uma vez que ela se instala, aí você está roubada, demora para você se recuperar”. (T)

“Quando o médico disse que o que curaria isso seria a RPG, que não tinha fisioterapia...que não adiantava mais nada...a minha mão não fecha, não tenho mais movimento, mas tenho muita dor. O médico diz que quando você tem isso o que pode curar é um RPG, uma hidroginástica, coisas assim. Não sei se acupuntura, mas o médico não acredita muito. Estou fazendo acupuntura 2 vezes por semana...”. (T)

Eu concordo com o médico quando ele diz o seguinte: que se a LER é Lesões por Esforços Repetitivos, e se eu estou afastada, se eu não estou mais digitando, mas continuo com os sintomas, continuo com a dor, quer dizer, eu não estou trabalhando, então deve ser alguma coisa além disso, além de LER. O esforço repetitivo eu não faço a um ano, mas eu continuo com o mesmo processo, então ele falo: ‘Não é LER , é DORT...não é nada relativo ao esforço repetitivo, talvez seja um erro de postura, de repente algo que esteja irradiando.. não sei’. (T)

“Tem médicos que são grosseiros ao examinar; ‘Faz isso, faz o movimento com a mão, abre e fecha’ Quando essa não faz: ‘Você vai perder os movimentos da mão, você tem que fazer’ e vai puxando. Mandam você fazer um movimento e se você não faz, acham que você não faz porque está querendo aumentar alguma coisa. Afirmam coisas que você pode fazer que na verdade, você não pode mais. ‘Junta o dedo polegar com o mínimo’. Aqui vai [mexe um dedo] este não pode mais, ele não vai. Aí teve um que segurou com a própria mão e disse: ‘Vai faz’. Aí eu recuei de dor e retirei a mão e ele disse: ‘Eu não vou te machucar, não.’ ”. (T)

“O médico daqui [INSS] que me atendeu hoje é muito bom. Falou coisas que eu não sabia, porque para mim é tudo muito novo. Venho aqui de 2 em 2 meses quando eles marcam perícia. Foi o único que me orientou direito: ‘Pode procurar RPG, fisioterapia já sabe que não’...realmente a minha mão incha muito com fisioterapia. Eu quero voltar a ter força na mão, pelo menos um pouquinho. ‘Tenta RPG [uma Reeducação Postural Global realizada por

	ortopedistas], tenta hidroginástica, uma atividade de alongamento, um creme'. Agora, é preciso que o médico diga, olha não tenho mais nada a fazer com você...Eu tomo medicamento para reconstituir os ligamentos e ele me mantém afastada. Com este processo eu deveria Ter melhorado, foi o que ele falou". (T)
<i>Reflexo na vida diária</i>	“Depois da operação eu fiquei sentindo dores de não poder girar a mão, fica presa. E as forças eu também perdi bastante, eu perdi força mesmo, eu não posso pegar...em kg de feijão que eu boto na minha panela de pressão, eu não posso pegar ela daqui para a pia, para botar no fogão. Não boto uma água no filtro mais. Para descascar um aipim que eu comprei ontem, pedi para o meu marido descascar hoje, para poder cozinhar, ele levanta antes de ir para o trabalho, para descascar. Eu não consigo descascar muita coisa. Coisa dura como cortar carne, verdura, eu não consigo. Eu sinto a dor e uma fraqueza, sabe assim, um negócio que vai descendo, aí vou perdendo...A pessoa não tem mais aquela agilidade de fazer as coisas”. (T) “Estou afastada desde maio de 97. Eles me dão 3 meses, 6 meses, estou com B31. Disseram que eu não tenho direito a AT” (T) “Eu quis fazer tudo bem feito, porque sou obsessiva mesmo. E agora, bem feito, estou assim”. (T) “o tempo todo eu sempre lidei com digitação Estou nesta função de digitar à 17 anos. Comecei a sentir muitas dores nos braços em 92, mas naquela época não eu nem conhecia esta doença. Só sentia dores nas mãos e aqui em baixo do braço tive até que fazer uma cirurgia. Trabalhei também em telemarketing que você digita do dia todo, sinto sempre esse formigamento nas mãos, tensão nas mãos e nos braços. Em casa não faço trabalho de nenhum, sempre tive empregada e sempre trabalhei fora” (T) “Até que um dia você perde a sua sensibilidade das mãos. As coisas começam a cair, você não consegue segurar uma caneta, sem cair da mão. O telefone já caiu da minha mão, meu filho já caiu da minha mão”. (T) “É um sufoco. Eu tenho filho pequeno...é um sufoco. Para escrever, por exemplo, cheque eu evito de assinar, uso

	muito cartão magnético. A minha mãe mora perto e a comida a maioria das vezes é ela quem faz, eu moro sozinha com o meu filho. Evito cozinhar...me queimei estava fazendo café e veio o meu filho, ele tem 4 anos, e para evitar queima-lo eu joguei e me queimei. Tem uma pessoa que lava a roupa, eu não consigo. O que eu não faço mamãe me ajuda”. (T) “Essa mão aqui é diferente desta outra aqui, está tem um caroço, não tem força. Eu não consigo pegar ônibus, alguém tem que me ajudar a subir”. (T)
--	--