13.60
18

HERVAL PINA RIBEIRO

A VIOLÊNCIA DO TRABALHO NO CAPITALISMO

O CASO DAS LESÕES DOS MEMBROS SUPERIORES POR ESFORÇOS REPETITIVOS EM TRABALHADORES BANCÁRIOS.

**Tese apresentada à Faculdade de
Saúde Pública da Universidade de
São Paulo para a obtenção do título
de Doutor em Saúde Pública.**

**São Paulo
1997**

HERVAL PINA RIBEIRO

A VIOLÊNCIA DO TRABALHO NO CAPITALISMO

**O CASO DAS LESÕES DOS MEMBROS SUPERIORES POR ESFORÇOS
REPETITIVOS EM TRABALHADORES BANCÁRIOS.**

**Tese apresentada à Faculdade de
Saúde Pública da Universidade de
São Paulo para a obtenção do título
de Doutor em Saúde Pública.**

O Conselho de Pós-Graduação da Universidade de São Paulo concedeu ao candidato obter o título de Doutor somente com defesa de tese, segundo o que dispõe o artigo 103 do Regimento Geral da Universidade.

São Paulo

1997

*"Perdão se quando quero
contar minha vida
é terra o que conto.
Esta é a terra.
Cresce em teu sangue
e cresce.
Se se apaga em teu sangue
te apagas"*

Pablo Neruda

À Profa. Dra. Ana Maria Fernandes Pitta, do Departamento Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, pelas agudas observações quanto às questões metodológicas e aos critérios de avaliação do sofrimento mental dos adoecidos investigados.

À psicóloga Paula Galeano, Secretária Executiva do Programa para a Prevenção, Detecção, Diagnóstico e Tratamento Precoces das Lesões por Esforços Repetitivos na Categoria Bancária, por ensinar-me a lidar melhor e, afinal, chegar a ter simpatia por um dos vilões dessa estória, o computador, e pela transcrição das tabelas e depoimentos anexos desse estudo.

À bibliotecária Cecília Michiko Itani Forte, Diretora de Divisão do Centro de Apoio ao Desenvolvimento de Assistência Integral à Saúde da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, pelo levantamento e ordenação das referências bibliográficas dessa tese.

À Prof. Maria Ivoneti Busnardo Ramadan, pela cuidadosa revisão ortográfica desse texto.

AGRADECIMENTOS

À Diretoria da Associação dos Funcionários do Conglomerado do Banco do Estado de São Paulo e da Caixa de Assistência e Beneficência do Banco do estado de São Paulo (AFUBESP, 1992/1996), em especial,. ao seu Presidente Antonio de Pádua Chagas. Foi a preocupação com a saúde dos seus representados que fez nascer dentro desse banco o movimento sobre as lesões por esforços repetitivos que deu origem a essa investigação.

À Diretoria do Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos Bancários de Campinas e Região, em particular, aos Presidentes André Von Zubhen e Davi Zaia, responsável pela posição de vanguarda que tem esse sindicato no campo da saúde, pelo consistente apoio na realização desse trabalho.

Ao médico e caixa de banco, Leandro Antonio Konig, Diretor da área de saúde da AFUBESP, a quem devo uma colaboração insubstituível em todas as fases desse estudo.

Ao Prof. Arnaldo Augusto Franco de Siqueira, Diretor da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo que, desde o primeiro momento, compreendeu as lesões por esforços repetitivos como uma questão maior de saúde pública, abrindo as portas dessa casa para a realização do *1o Encontro dos Banespianos sobre LER*, quando parte dos questionários dessa pesquisa foi aplicada.

Ao Prof. Jorge da Rocha Gomes, Chefe do Departamento de Saúde Ambiental da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e Professor Titular do Setor de Saúde Ocupacional do mesmo Departamento, pelo estímulo e espaço aberto nesse Departamento para o estudo das questões aqui abordadas.

Aos trabalhadores bancários, em especial, aos adoecidos de LER, sujeitos sujeitados à amarga experiência de uma violência negada e ocultada. Tenho com eles o sentimento de solidariedade dos que se colocam do lado de cá e o compromisso ético de lhes devolver, após a elaboração que me for possível, o que vêm me ensinando.

ÍNDICE:

Resumo

Abstract

Prefácio

PARTE I - A VIOLÊNCIA EXPLÍCITA	1
1. Caminhos epistemológicos e metodológicos	2
2. Trabalho e capitalismo	21
Ciclos do capitalismo industrial e trabalho	21
Força de trabalho e industrialização no Brasil	39
3. Doença, morte e desigualdades	55
As dimensões do adoecimento	55
A doença e a Medicina	67
O estar doente	75
4. Adoecimento e morte na classe trabalhadora	86
Ciclos do capitalismo e morbi-mortalidade	86
De que adoecem e morrem os trabalhadores no Brasil	91
Insubmissão e resistência	100
5. Algumas teses e uma primeira síntese	122
PARTE II - A VIOLÊNCIA OCULTA	136
6. Uma atividade exemplar: o comércio do dinheiro	137
Os Bancos	137
O Banco do Estado de S Paulo	145
O trabalho bancário	147
Os trabalhadores	156
Os trabalhadores do Banco do Estado	159
7. O adoecer e morrer dos bancários	163
Os sinais da violência	164
LER: Uma doença emblemática	184
Introduzindo a questão	184
Determinação versus causalidade	186
Evolução histórica	190
Gênero e indivíduo	195
O Enfoque médico	197
A chegada ao Brasil	202

8. O caso em estudo: as LER no Banco do Estado	206
Definindo estratégias	206
Fazendo e refazendo	212
Contando e lendo nas linhas e entrelinhas	216
Caracterização da amostra	216
Estado civil, gênero e escolaridade	216
Uma questão de gênero?	217
Tempo de sujeição e idade	218
Função e hierarquia	221
A subnotificação	221
Uma doença sem modelo?	224
O diagnóstico	224
O sofrimento psíquico	227
As terapias	232
Incapacidade e invalidez	233
9. A Fala dos adoecidos	234
Dor, perdas e medo	235
As práticas de invalidação	238
O retorno difícil	247
A incapacidade	251
As buscas	262
As mazelas institucionais	266
Os limites	269
Adeus ao trabalho ?	273
A tomada de consciência	274
10. Outras teses e uma segunda análise	281
Decifrando as falas	281
11. Perspectivas	297
 Referências bibliográficas	 308
 Anexos	

RESUMO

Na primeira parte do estudo, intitulada de Violência Explícita do trabalho, sustenta-se que o perfil de morbi-mortalidade da classe trabalhadora acompanha os ciclos de desenvolvimento e crise do capitalismo. No primeiro, de acumulação primitiva do capital, prevalecem as doenças "*pestilenciais*", infecto-contagiosas e consumptivas, com elevadas taxas de mortalidade, seguidas por doenças diretamente causadas pelo trabalho. No seguinte, pre-monopolista, aquelas diminuem sensivelmente, as últimas e os acidentes típicos do trabalho ganham enorme expressão. No terceiro ciclo, monopolista, as doenças predominantes no primeiro tornam-se "*evanescentes*", as doenças e acidentes típicos do trabalho tendem à estabilidade e a mortalidade dos dois grupos cai.; emergem, então, com força, as doenças "*crônico e degenerativas*" que junto com as "*causas externas*" passam a ocupar os primeiros lugares das taxas de óbitos nos países industrializados. São comparados os ciclos de desenvolvimento do capitalismo e de morbidade dos países centrais com o Brasil.

No atual ciclo, a violência primitiva e explícita do trabalho tende à ocultação, fazendo adoecer, mas sem evidenciar nexos causais. As lesões das partes moles e superiores do aparelho locomotor por esforços repetitivos (LER) seriam emblemáticas desse ciclo e dessa transição da morbidade determinada pelo trabalho.

A segunda parte trata dessa violência oculta, tomando como exemplo o comércio do dinheiro. Relata a evolução das instituições financeiras no país e da categoria bancária, especialmente no banco investigado. São revistos os modos de adoecer e morrer dessa categoria, vítima coletiva de uma doença do trabalho, as lesões por esforços repetitivos (LER). Os próprios trabalhadores adoecidos se fizeram sujeitos e pesquisados desse estudo de desenho híbrido, baseado em 525 questionários que preencheram e em 346 depoimentos que escreveram.

Sob o ponto de vista quantitativo, trata-se de um estudo descritivo numa amostra não probabilística de 1223 casos de LER notificados pela empresa ao Instituto Nacional de Seguro Social. O diagnóstico mais frequente foi de tenossinovite (34%), seguido de miosites e epicondilites (20%) e LER senso lato (16%). As compressões nervosas participavam com 10%. As lesões predominavam no lado direito ou eram bilaterais. Dos adoecidos, 83% eram do gênero feminino. 13% foram à cirurgia. O tempo médio de afastamento do trabalho foi de 11 meses.

A análise dos 346 depoimentos revela sentimentos de perda e medo de incapacidade, esforço para aceitar os novos limites e vontade de retornar ao trabalho para evitar a discriminação e marginalização social e afetiva. Revelam-se, também, as representações que construíram das diversas instituições às quais tiveram que recorrer. A tomada de consciência e as trocas intersubjetivas foram passos dados para a saída coletiva do movimento social sobre as LER, em construção.

ABSTRACT

In the first part of the study, nominated as **The Explicit Violence** it is stated that morbidity of the working class follows the cycles of development and the crisis of capitalism.

Regarding the cycles of development of primitive accumulation of capital, the predomination is of what could be called "pestilential" diseases such as communicable and consutive diseases, with high mortality followed by diseases caused directly from work.

In the pre-monopolist cycle, the above diseases decrease, but accidents due to work increase more and more.

In the monopolist cycle the communicable diseases vanish, the diseases of conditions of work and accidents due to work diminish progressively and their place is taken by the *chronic and degenerartive diseases* in the industrialized countries which, together with external causes become the first cause of death.

The cycles of development and causes of morbidity in the developed countries are compared with those of Brazil in the presente cycle, the primitive and explicit violence of work becomes less evident as cause of morbidity, without the evidence of relationship between cause and disease. The affection of soft parts of the members, specially of the superior one by repetitive strain injury (SRI) constitutes the characteristic of the cycle and of the change of morbidity due to work.

The second part of this study deals with this **Occult Violence** and the best example is the commerce of money. It discusses the evolution of brazilian financial institutions and that of the banks, with special emphasis on the bank where this research was carried out. A revision of the way those employees are submit to working conditions leading to infirmity and death is discussed with special mention to the lesions due to repetitive strain injury (SRI). The affected workers are deeply interested in the subject of this study; based on a questionnaire answered by 525 workers and 346 of them presented written personal documents describing their personal problems.

From the quantitative point of view, this study is based on a non probabilistic sample of 1,223 cases of SRI notified by the employers to the National Institute of Social Security. The most frequent diagnosis is that of tenosynovitis (34%); the second one is that of miositis and epycondilitis (20%), followed by SRI in a more extensive sense. Nervous compressions were present in 10%. There was a frank predominance of the right side and a large number of bilateral problems. Most of the affected subjects were females (83%) and 13% of the whole sample was submitted to surgery. The average time of absence to work was of 11 months.

An analyse of the 346 statements shows feelings of loss; most of them present fear of incapacity to work, the difficulty to accept new working limits, the will to go back to work to avoid social and emotional discrimination, loss os social status. It also reveals the mental representation of the numerous institutions from wich they sought support.

PREFÁCIO

Não vou abordar as lesões dos membros superiores atribuídas aos esforços repetitivos no trabalho (LER) na condição de observador distanciado e por pressuposto neutro, posição tradicionalmente invocada ou assumida por quantos dentro ou fora da universidade querem estudar fenômenos sociais ou não.

Há quatro anos participo da construção de um processo de intervenção coletiva dos trabalhadores bancários sobre as questões de saúde relacionadas ao seu trabalho, a partir dessas lesões que se tornaram, em curto espaço de tempo, a mais comum doença do trabalho entre eles.

A transposição de parte dessa experiência coletiva para o papel, sob o formato de pesquisa acadêmica, embora não se constituísse uma finalidade em si, sempre fez parte do projeto original, por acreditarmos, eu e seus proponentes - a Associação dos Funcionários do Banco do Estado de São Paulo (AFUBESP) e o Sindicato dos Bancários de Campinas e Região (SEEB/Campinas) - ser um dos meios de facilitar a construção de um movimento que precisava e continua precisando do envolvimento de outras forças sociais e de foros mais amplos para, ao menos, sustar o crescimento o crescimento desse grupo de doenças.

Desde o primeiro momento ficou entendido ser imprescindível que o processo fosse coletivo, mas não houve qualquer intenção prévia de seguir modelos. Diria que todos os textos que elaborei, inclusive este, independentemente de conteúdos, métodos e formatos, se constituíam em meios para a intervenção coletiva pretendida, quase que subprodutos.

Insistindo na expressão construção, agora no sentido simbólico mais comum, diria que os trabalhadores bancários, com seu saber, suas técnicas, seu sofrimento no fazer, suas reflexões sobre o trabalho e sua maturidade de cidadãos organizados e solidários, são seus artífices. Trata-se, afinal, de uma construção eminentemente política, cujas repercussões sociais, especificamente no campo da saúde pública, devemos todos nos esforçar para que assuma dimensões tão grandes quanto suas determinantes.

Todavia, os que edificam, mesmo com a soberania da prática e em terreno próprio, mas sabidamente acidentado, como os bancários, não prescindem de aportes teóricos e das práticas de outros. É aí que me insiro, como portador de um outro tipo de saber e experiência que presumo permitir melhor fundamentar, aferir, corrigir em tempo e validar em outros foros, o andamento da obra projetada, tendo sempre presente que essa, como toda construção social, é a expressão de um conflito histórico, extraordinariamente dinâmico e não resolvido, da relação entre o capital e o trabalho.

Fique claro, de antemão, que o acompanhamento e aferições da obra inacabada não se circunscrevem ao momento em que torno público esse texto. Eles, de uma ou outra forma, prosseguem e dela fazem parte, tanto quanto suas consequências, esperadas ou não. O que faço agora é uma narrativa do seu andamento, acrescida de reflexões, hipóteses, teses e antíteses, prenhes de subjetividade, que julgo pertinentes e que podem, de algum modo, contribuir para o entendimento das relações entre trabalho e saúde e, mais especificamente, sobre trabalho bancário e LER. É com esse preâmbulo e ressalvas que passo a falar em pesquisa e dessa pesquisa em particular.

Nesse tempo, incontáveis vezes, tenho me reunido em circunstâncias e de modos vários, com os bancários: em seus locais de trabalho, nas suas entidades representativas, em seus encontros e congressos, em cursos de capacitação, seminários, reuniões dos seus núcleos de saúde e de negociação, sempre privilegiando formas interativas, para que nossas convivência, percepções e representações, as minhas e as deles, estivessem, tanto quanto possível, mais próximas entre si e da realidade social, de mutabilidade imanente. No decorrer desse tempo, em que aprendi muito mais do que ensinei, afluí a necessidade de ter elementos mais substantivos à mão para que eles comprovassem o que uma das formas de seu adoecimento coletivo e crescente revelava: a magnitude do problema LER, até 1992 tido pelas empresas bancárias e, no caso, pela administração da instituição mais estudada, como inexistente ou sem importância.

Assim, uma das minhas tarefas estava definida: deveria conceituar e estabelecer os marcos teóricos da questão LER e selecionar métodos de aferição exequíveis, dinâmicos e passíveis de validação científica, sobre essa forma de adoecimento e sua relação com o trabalho, pouco importando se os dados que viria a trabalhar se expressariam em números ou em outra linguagem.

Foi e está sendo uma árdua e sofrida experiência dos adoecidos de LER - em sua maioria ainda vivendo, subjetivamente, sofrimento e perdas, todos amargurados com incompreensões, descasos e discriminações mais ou menos generalizados - transpor esse mundo, de padecimento individual e preconceitos, até então desconhecido. Isso vem requerendo uma negociação difícil das vítimas com elas mesmas, com seus próximos e circunstantes e com os próprios dirigentes de suas entidades, no sentido de criar um movimento coeso e competente para viabilizar uma outra negociação mais difícil e necessária com o patronato e com uma sociedade distante e distanciada.

Ver-se-á que à negação inicial da empresa em reconhecer a existência da doença e o problema LER, seguiu-se uma política de ocultação. Mesmo quando, no curto espaço de três anos, o número de adoecidos cresceu de modo alarmante, a administração continuou negando informações. Esse comportamento, que persiste,

colocou a necessidade de, passo a passo, coletá-las, organizá-las, estudá-las, com o objetivo de lhes dar o formato de provas documentais, divulgando-as da forma mais ampla possível. Era mandatária a socialização dessa realidade fragmentada sobre o adoecimento por LER, em uma empresa com 1.700 dependências dispersas pelo Estado de São Paulo e outros estados.

A obtenção, em junho de 1994, através de um dos diretores da Caixa de Beneficência e Assistência do Banco (CABESP), eleito pelos trabalhadores, de uma listagem nominal dos 1223 trabalhadores vítimas de LER no curso dos quatro anos pregressos, notificados pela empresa ao Instituto Nacional de Seguro Social (INSS), foi extremamente oportuna, abrindo a possibilidade de um canal direto de comunicação com eles para a concretização de dois encontros sucessivos, realizados no segundo semestre de 1994.

O primeiro *"Encontro sobre LER dos Banespianos"* foi realizado em 20 de agosto, na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, com o comparecimento surpreendente de 430 pessoas, das quais 350 eram trabalhadores do banco com LER. O segundo, em 26 de novembro, na Faculdade de Medicina da mesma Universidade, teve um comparecimento menor, de 150 adoecidos.

Não temos notícias de outros encontros no país que reunissem tantos adoecidos do trabalho, com a particularidade de pertencerem a uma única empresa. O fato pareceu-me revelador de que as demandas dos trabalhadores banespianos adoecidos estavam, afinal, ganhando o caráter coletivo pretendido. Foi no primeiro desses encontros que tivemos a oportunidade de iniciar a aplicação do questionário que instrumentaliza "materialmente" parte desse estudo.

Do início das discussões e práticas interativas sobre trabalho, saúde e LER à aplicação do referido questionário, passaram quase dois anos. Percebe-se como tem sido lento, difícil e cauteloso o processo de aprendizado, compartilhado por centenas de sujeitos que embora vivam individualmente dolorosa experiência, caminharam e caminham para a compreensão que têm, além do sofrimento, muitas outras coisas em comum, e que se faz necessário que forjar estratégias para cuidar, ao lado dos aspectos individuais da doença, suas outras dimensões ainda menos conhecidas, como a do trabalho e a social.

A caminhada não tem tido, e não se esperava que tivesse, a participação ativa de todos, em nível igual, porque a *tomada de consciência* e o fazer político e coletivo, ainda quando fundamentados no sofrimento, não acontecem ao mesmo tempo. Não surpreende que dos 1223 bancários oficialmente reconhecidos como tendo LER, conforme a relação mencionada, 525 hajam respondido ao questionário passado por sua entidade representativa, a AFUBESP, sobre sua doença e situação, até a data

aprazada. e uma outra centena viesse a a fazê-lo fora do prazo. Ainda assim, a taxa de 50% de resposta é expressiva e pouco freqüente em nosso meio.

Apesar da opção de não se identificarem, apenas cinco adoecidos não o fizeram. Retorno tão significativo e a revelação quase unânime da identidade são sintomáticos, ao menos, de duas coisas: da existência de uma necessidade concreta e coletiva e de que essa parcela de trabalhadores, habituada como todo trabalhador a perseguir, prioritariamente, reivindicações de caráter econômico e de assistência médica, deslocara a questão da saúde para um patamar diferenciado.

A proposta trabalhada no cotidiano pelo núcleo de saúde da AFUBESB vinha sendo esta, de convencimento sobre a necessidade desse fazer político e coletivo, tanto mais difícil, porque transita, em permeio, com o sofrimento individual, às vezes, próximo ao desespero e com sufocados sentimentos de perda, medo e ceticismo.

Desde o início houve o compromisso de devolver, sempre, especialmente aos adoecidos, de forma pública e escrita, os resultados dos nossos achados, para que eles refletissem sobre a realidade comum, propusessem e participassem das ações propostas, algumas delas executadas, outras em andamento, várias barradas, sobretudo aquelas do âmbito interno da empresa.

Os contratempos têm sido muitos, menos nos aspectos teóricos do projeto do que nas

ações que pudessem evitar ou minimizar as LER. Vários já eram esperados, outros não; alguns, restritos à instituição mais de perto estudada, outras no campo mais geral das políticas da economia e da saúde do país. Por isso, fica difícil e, talvez, impossível, demarcar os limites entre a responsabilidade da empresa e a do Estado com sua tendência neo-liberal, mais forte nessa década, como testemunham a reformulação bancária em curso e a intervenção do Banco Central no BANESPA, iniciada em dezembro de 1994 e arrastada até os dias de hoje.

Muito do que escrevi e refleti sobre LER nesse tempo, se não é público, é do conhecimento dos bancários, especialmente dos trabalhadores desse banco. Mas o escrito de agora, se outra originalidade não tiver, revela modos de fazer, de perquirir, de juntar indícios, entender os sinais, alguns aparentes, outros, não tanto, permitindo saídas para caminhar investigando e fazendo. Um caminhar cheio de ziguezagues e de idas e vindas, como o de agora de, no sentido inverso, a partir das lesões por esforços repetitivos dos membros superiores atribuídas ao trabalho, refazer a trajetória da **violência do trabalho no capitalismo industrial**.

Intitulei a primeira parte do texto de **A Violência explícita**, onde discorro, em cinco capítulos, sobre os pressupostos epistemológicos e metodológicos e os referenciais históricos, conceituais e teóricos que precedem e embasam a tese de que a violência do trabalho foi exacerbada com o advento do capitalismo industrial. Uma

violência bruta e visível que resultou e continua resultando em doenças e um número incontável de mortes, muitas em acidentes catastróficos, na classe trabalhadora, que percorre todos os seus ciclos do desenvolvimento e crise, em cada um deles, porém, se fazendo de forma diferente.

No primeiro capítulo, faço algumas considerações epistemológicas e metodológicas que fundamentam a abordagem do tema e a construção desse estudo.

No segundo, procuro mostrar como evoluíram as relações entre o capital e trabalho e como elas se expressaram fora e dentro do trabalho em alguns países que mais cedo se industrializaram, sobretudo na Grã-Bretanha e ensaio comparar essa evolução com a do desenvolvimento tardio do capitalismo brasileiro.

No terceiro, discuto as desigualdades do adoecer e morrer nos países e classes sociais, as dimensões do adoecimento e as diferentes representações médica e do doente em face da doença.

No quarto, aprofundo a discussão sobre a desigualdade desse adoecer e morrer na classe trabalhadora e como ela acompanha os ciclos do capitalismo no tempo e no espaço, tanto que se expressa e se faz diferente em um país, como o Brasil, de capitalismo tardio. Exemplifico, também, as formas de insubmissão e resistências dos trabalhadores para a preservação e defesa de sua saúde, sustentando que mesmo uma doença do trabalho, além de sua dimensão própria e grupal, tem uma outra, socialmente mais abrangente que a contém e uma terceira, individual, envolvida pelas precedentes. É dentro desses marcos conceituais que discuto a determinação das doenças, colocando o trabalho no seu epicentro, buscando demonstrar porque a teoria da multicausalidade, ainda hegemônica, é insuficiente para explicar as interrelações entre trabalho, saúde e doença.

No quinto, discorro sobre algumas teses e faço uma primeira síntese dos capítulos anteriores, sustentando que, no atual ciclo do capitalismo, embora permaneça presente muito de sua violência explícita, uma outra forma de violência abrandada e menos percebida, que não resulta em traumas físicos aparentes, vem ocupando um lugar cada vez mais proeminente.

A segunda parte, contendo cinco capítulos, chamei de **A violência oculta**. Reservo-a para o estudo dos modos de adoecer e morrer do trabalho no ciclo atual do capitalismo, uma violência abrandada, mais sutil, oculta e ocultada, tomando como exemplo os bancos, o trabalho e a categoria bancária.

No capítulo sexto, faço breve histórico sobre a evolução das atividades bancárias no Brasil, a partir do início do século XIX e, em particular, do Banco do Estado de São Paulo (BANESPA) que nasce em 1926, quando o Governo do Estado assume o controle acionário do Banque de Crédit Hypothécaire et Agricole de São Paulo. Mostro como esse banco, acompanhando o segundo ciclo de desenvolvimento

do capitalismo no país, após 1930, cresce extraordinariamente em todos os sentidos, inclusive com relação ao seu número de trabalhadores, que passa de duas dezenas para os 35 mil do início da década atual e discorro sobre o conteúdo do trabalho bancário.

No sétimo, aponto os modos de adoecer e morrer na categoria, detendo-me mais especificamente sobre as lesões das partes moles e superiores do aparelho locomotor atribuídas ao trabalho (LER). Trata-se de um modo de adoecimento coletivo de tendência crescente, cuja causalidade do trabalho, apesar de menos direta e menos aparente e dramática, tem sido reconhecida em todo o mundo, a partir do final da década de 50. Afirmo aí, ser as LER. uma doença emblemática do novo ciclo de desenvolvimento e crise do capitalismo, iniciado nos países centrais nos anos subsequentes à 2ª. Grande Guerra e acelerado nos anos 70, cuja característica mais visível e comentada é a tecnologia da automação. Adianto que não tomo as tecnologias como determinantes de qualquer adoecimento em si, mas como um dos seus componentes em decorrência de sua apropriação gananciosa e de sua incorporação e uso inadequados pelo capital.

O oitavo capítulo descreve o estudo de caso das LER no BANESPA, em seu aspecto quantitativo, fundamentado em um questionário com 147 variáveis respondidos por 525 adoecidos, analisando-se as características da amostra, como estado civil, gênero, escolaridade, *tempo de sujeição*, hierarquia, função, subnotificação de casos, tempo de demora e frequências de diagnóstico, localização das lesões, exames complementares, terapias, estado da doença, sofrimento psíquico, tempo de afastamento e incapacidade de trabalho, etc.

No nono capítulo *A fala dos adoecidos* é analisada e reconstruída com base nos 346 depoimentos escritos.

No décimo capítulo analisa-se o porquê das representações construídas por esses trabalhadores sobre as várias instituições com as quais passaram a lidar cotidianamente face à circunstância do adoecimento e levantam-se algumas teses sobre o que subjaz a elas.

Por último, discutem-se as perspectivas do movimento dos trabalhadores bancários para enfrentar a questão LER, dentro da atual conjuntura política e sócio-econômica, mudada em vários aspectos em relação àquela de 1994, quando ele surgiu.

PARTE I

A VIOLÊNCIA EXPLÍCITA

1. OS CAMINHOS EPISTEMOLÓGICOS E METODOLÓGICOS

“A ciência é a teoria do real”

M. Heidegger(1994)

...embora a ciência e a mitologia sejam empreendimentos diferentes, têm também características e funções em comum.

*Ambas oferecem representações simbólicas do mundo;
ambas procuram a unidade em sua aparente diversidade;
ambas procuram a ordem em sua aparente desordem e ambas explicam o mundo em termos de tempo e espaço simbólicos*
G. Szamosi (1994)

Nos países economicamente mais desenvolvidos, os estudos sobre as lesões das estruturas moles da parte superior do aparelho locomotor, atribuídas ao trabalho, têm se voltado para investigar os nexos entre o processo de trabalho e as alterações fisio-patológicas traduzidas por essas lesões, com base no modelo experimental e, bem mais freqüentemente, no modelo epidemiológico clássico, valendo-se de algumas condições e circunstâncias prévias favoráveis, como acesso fácil às informações e ao interior das empresas e ampla disponibilidade de recursos financeiros .

Kuorinka e Forcier (Canadá), com a participação de Hagberg (Suécia), Silverstein (EUA), Wells (Canadá), Smith (EUA), Hendrick (USA), Carayon (USA) e Perusse (Canadá) elaboraram uma obra de referência sobre lesões músculo-esqueléticas ligadas ao trabalho, *Les lésions attribuibles au travail répétitif /LATR (1995)*, de 509 páginas, que faz uma revisão ampla e rigorosa dos estudos publicados em língua inglesa dentro desses parâmetros epistemológicos e metodológicos, excluindo estudos de caso e artigos de síntese. Vejamos, sinteticamente, como esses autores colocam a questão, sob o ponto de vista dos critérios de causalidade de 99 estudos analisados.

Eles admitem que a discussão sobre as provas científicas da causalidade do trabalho em relação a essas lesões levarão tanto mais tempo quanto mais aumente a compreensão da natureza complexa desse processo mórbido e se valem, como afirmam, da proposta de Susser, modificada, para examinar essa relação, dentro dos seguintes pressupostos e indagações:

“1. Os resultados dos estudos indicam uma relação entre a doença e a exposição? Em caso positivo, qual a força da relação com o trabalho? Qual a especificidade da relação com o trabalho?

2. Os resultados mostram **uma relação temporal** ? A exposição no meio de trabalho precede a um efeito constante? A causa, pelo menos, deve ser contemporânea ao efeito;

3. A relação é **constante** ? A relação com o trabalho aparece em mais de um estudo e em circunstâncias diferentes, obedecendo ao princípio da **reprodutibilidade** ? A relação com o trabalho resiste a outras hipóteses colocadas, segundo o princípio da **viabilidade da relação**?

4. Pode-se prever uma mudança da doença face a uma modificação da exposição, ou seja, há uma **previsão de resultados** ? Por outro lado, aumenta a frequência de perturbações músculo-esqueléticas, se há uma intensificação dos fatores de risco do trabalho ? Se eles são reduzidos, há uma diminuição da doença?

5. Há **concordância** com os conhecimentos atuais, ou seja, coerência de evidências ? Naquele em que há medidas da relação com o trabalho, há concordância com a teoria e estado atual dos conhecimentos concernentes ao mecanismo de aparecimento das perturbações músculo-esqueléticas estudadas (conhecimentos teóricos, fatuais, biológicos e estatísticos)"(Kuorinka e Forcier, 1995:22-24).

Trata-se de critérios objetivos de causalidade, passíveis de mensuração, através de métodos de lógica aparente, adotados nos 99 estudos analisados dos quais 2 eram de laboratório com variáveis sob controle, 8 de casos clínicos em série (*clinical case series*) e 89 epidemiológicos, repartidos entre 7 de caso/controle, 14 longitudinais e 68 transversais.

Discutindo sobre processo de pesquisa, questões epistemológicas e metodológicas, Gonçalves (1986: 2-62) assim se expressa :

" Se a descrição das formas empíricas imediatas assumidas pelo real fosse equivalente ao seu conhecimento, a ciência seria supérflua e, por outro lado, (...) o conhecimento que se afasta do empírico dado e se constrói exclusivamente da operação conceptual abstrata é nulo enquanto conhecimento".

Em defesa do caminho epistemológico e da metodologia qualitativa de sua tese, acrescenta o autor:

“...não é apenas formal o caminho não escolhido (quantitativo) mas, pelo contrário, diz respeito às concepções amplamente divulgadas sobre o trabalho científico, e à confusão que muitas vezes se faz entre sua substância e sua forma, seus métodos e suas técnicas de exposição.(...).É certo, por outro lado, que o apego a uma certa ortodoxia formal não se constitui em prática infundada, e nesse sentido, desde que expresse a adesão aos princípios epistemológicos que fundamentam essa prática, são inteiramente respeitáveis. (...) Não obstante ainda, quase sempre o citado apego serve menos para delimitar os processos que separam a elaboração científica da realidade da mesma acumulação acrítica e não trabalhada de evidências empíricas brutas, do que para esconder a ausência de qualquer noção mais formal acerca da elaboração científica. Esta insuficiência anda de par com a identificação da ciência a uma seqüência de passos(objetivos, material e métodos resultados e conclusões) que apenas traduzem, na exposição , umas das possibilidades de elaboração científica, e nada mais do que isso.”

Não se enquadrar nas regras e parâmetros científicos correntes e hegemônicos, adverte o autor no mesmo capítulo de sua obra, obriga a um esforço metodológico maior, particularmente numa ciência social, em cuja fronteira se encontraria a medicina social, cuja apreensão da realidade não se pode restringir ao "dado" objetivo, como se ela pudesse ficar retida nesse tipo de representação reduzida . Prossegue o mesmo autor:

“...A primeira consequência será a de assumir, como princípio, que o real nunca é dado na sua aparência imediata, eis que essa corresponderá sempre apenas à captação subjetiva dele; o que equivale a desqualificar o dado imediato de consciência como significativo do real em sua essência. Segue-se que esse dado imediato de consciência precisará de algum modo ser transformado pela razão em dado mediado de conhecimento, será necessário romper a conexão entre o real e sua captação subjetiva e restabelecê-la objetivando-a, em outro nível. E como essa necessidade decorre da concepção mesma do real, é possível definir essa ruptura como epistemológica. Tal ruptura, portanto, impõe a aquisição, pelo sujeito de conhecimento, de posturas adequadas à finalidade de detectar a verdade do real: a isto corresponderá a exclusiva validação da informação empírica enquanto

expressão significativa de uma hipótese de natureza teórica, que a redefinirá como "dado" de observação científica. Não mais informação "ingênua" em um campo de apreensões desarmadas, mas produto da ação intencional de um olhar propositadamente enviesado por uma hipótese de pesquisa."

Um olhar dessa natureza é impossível com base no raciocínio indutivo do positivismo que propõe para qualquer pesquisa, hipóteses e observações controladas, inaplicáveis em ciências sociais, ciências de caráter essencialmente histórico. Nessas, ao contrário, hipóteses e objetivos são formulados no próprio processo de exploração.

A descrição de materiais e métodos, como salienta Gonçalves, tem como finalidade principal permitir a *"crítica intersubjetiva"* que deveria, tanto ou mais se prender ao exame das hipóteses em si, aos procedimentos de observação e à pertinência e relevância dos dados aprendidos que aos princípios susserianos, essencialmente quantificadores, provável desvio de caráter estrutural de postura teórico-metodológica, de fundo ideológico.

Essa postura teórico-metodológica, para o autor, determina a subordinação dos materiais e métodos aos objetivos da pesquisa, invertendo a ordem temporal dos eventos, os dados adquirindo sentido através de sua vinculação teórica, ainda quando em si mesmo não digam nada de interesse à ciência, servindo para que o investigador presuma *"uma realidade externa à sua como a que interessa à ciência"* e , contraditoriamente, da qual só pode se aproximar a partir da sua própria realidade ou subjetividade. A descrição dos *resultados e conclusões*, continua Gonçalves, iria no mesmo caminho simplificador e reducionista, advertindo:

" Nas condições da pesquisa social, entretanto, em que apenas a observação menos ou mais controlada é acessível ao pesquisador, revela-se muitas vezes que o que poderia em um primeiro momento ser tomado por aspecto irrelevante mostra-se intrinsecamente vital para a compreensão e explicação do objeto. O andamento da pesquisa, em todas as suas fases, é capaz de impor correções e redefinições: ao contrário de um procedimento protocolarmente delimitado de saída, no caso da investigação sobre os objetos sociais, a pesquisa se faz predominantemente no processo, na resolução de tensões permanentes entre os pólos epistemológico, teórico, metodológico e técnicos internos a ela, e também na interação com o espaço mais amplo em que a investigação se orienta inclusive pelo significado vivo de seu objeto, o qual "foge" permanentemente dos pontos sucessivos em que

foi por último entrevistado e assume incessantemente novas determinações.

A pesquisa é processual porque é processual a realidade em que ela se aplica”.

(Gonçalves, 1986, op.cit.).

Admitindo a dificuldade dos que lidam com a pesquisa fora do campo das ciências humanas de abrir mão da formalização matemática, Gonçalves (1986, Op.cit) cobra rigor na utilização abusiva, talvez, do que seria a *metodologia* qualitativa, quando não se explicita como, por que e os limites do conhecimento produzido. Um desses porquês é o *"caráter histórico dos eventos (que) fica afastado das possibilidade de apreensão direta , o que não seria tão importante se os fenômenos sociais não fossem essencialmente históricos"*. Outro, é que essa metodologia permite trabalhar *"o acaso e não a regularidade"*, incluindo *"a vontade humana, a subjetividade e a ação transformadora em fluxo"*.

A metodologia qualitativa, portanto, não se resume a um método alternativo, mas a uma abordagem dialética , racional e científica da realidade:

“Não há evidentemente outro caminho para a apropriação cognitiva do real senão a razão: que a razão se valha de abstrações matemáticas para apreender o mundo, sempre que isso for possível, é não apenas um procedimento simplificador, mas sobretudo um processo de controle racional do rigor do procedimento. Quando não é possível, que ela se valha então de sua capacidade não tão rigorosamente codificada.”

(Gonçalves, 1986,op.cit.).

Minayo (1992: 19-88), ao analisar a especificidade da metodologia de pesquisa em ciências sociais, recorrendo a Demo (1992), assinala, também e preliminarmente, seu caráter histórico, intrínseca e extrinsecamente ideológico, político e cultural. Impossível, trabalhar as categorias Saúde ou Doença (acrescentaríamos Trabalho) dentro de uma formulação matemática. Citando Gurvith e concordando, afirma que o apreendido *quantitativamente* é o morfológico e o ecológico e é tarefa do pesquisador ir além do *visível*. O termo *"pesquisa qualitativa"* acabaria sendo impróprio e redundante, porque a pesquisa social tem o caráter intrínseco de ser qualitativa, trabalha os sujeitos como tais, em determinadas situações e que pertencem a classes e grupos sociais com *"suas crenças, valores e significados"*. O objeto das ciências

sociais, completa, " *é complexo, contraditório, inacabado, e em permanente transformação*".

Ginzburg (1990; 143-179) atribui a Giovanni Morelli, médico, crítico e historiador de arte, que viveu na segunda metade do século passado, um modelo epistemológico, que segundo o autor ajudaria *"a sair dos incômodos da contraposição entre o "racionalismo" e o "irracionalismo"*.

Dizia Moretti, em livro polêmico sobre pintura italiana, que para averiguar a autenticidade de um quadro atribuído a um pintor, não deveriam os peritos em arte se basear em suas características mais exuberantes e mais facilmente imitáveis, *"mas nos seus pormenores mais negligenciáveis e menos influenciáveis pelas características da escola a que o pintor pertencia: os lóbulos da orelha, as unhas, as formas das mãos e dos pés"*.

Valendo-se desse método *indiciário*, conta Ginzburg, Morelli catalogou as características de pintores famosos, o que lhe possibilitou não somente identificar quadros falsificados, como a autoria de obras de pintores consagrados atribuídas a terceiros em vários museus da Europa. No entanto, seu método foi tido como *"mecânico, grosseiramente positivista e caiu em descrédito"*.

Mais modernamente, autor e obra foram resgatados de forma curiosa. Castelnovo, cita Ginzburg, compara o método de Morelli ao do personagem de Arthur Conan Doyle, Sherlock Holmes: *"o conhecedor de arte é comparável ao detetive que descobre o autor do crime (do quadro) baseado em indícios imperceptíveis para a maioria*.

"A alguns críticos de Morelli parecia estranho o ditame de que "a personalidade deve ser procurada onde o esforço pessoal é menos intenso". Mas sobre esse ponto a psicologia moderna estaria certamente do lado de Morelli: os nossos pequenos gestos inconscientes revelam o nosso caráter mais do que qualquer atitude formal, cuidadosamente preparada por nós"
(Wind citado por Ginzburg, 1990).

Veja o que diz Freud sobre Morelli, de cuja obra teve conhecimento em 1896, no segundo parágrafo do seu "O Moisés de Michelangelo":

" Ele chegou a esse resultado prescindindo da impressão geral e dos traços fundamentais da pintura, ressaltando, pelo contrário, a importância característica dos detalhes secundários, das particularidades insignificantes, como a conformação das unhas, dos

lóbulos auriculares, da auréola e outros elementos que normalmente passam despercebidos e que o copista deixa de imitar, ao passo, porém, que cada artista os executa de um modo que o diferencia...(...)
Creio que o seu método está estreitamente aparentado à técnica da psicanálise médica. Esta também tem por hábito penetrar em coisas concretas e ocultas através de elementos pouco notados ou despercebidos, dos detritos ou "refugos" da nossa observação."
 (Freud citado por Ginzburg, 1990).

Para Ginzburg, o comentário de Freud não é fortuito, mas resultado da identidade do método psicanalítico com o de Morelli, ou seja, interpretar o que revelava os seus pacientes, através dos " *resíduos* ", de " *dados marginais* ", " *refugos* ", bem mais reveladores. Para Ginzburg, " *pistas, mais precisamente sintomas (no caso de Freud), indícios (no caso de Sherlock Holmes) e signos pictóricos (no caso Morelli), talvez infinitesimais permitem captar uma realidade mais profunda, de outra forma inatingível*". Nos três casos, envolvendo não por simples coincidência três médicos argutos, ele entrevê o modelo epistemológico indiciário em ciências humanas, baseado na semiótica médica e intrinsecamente qualitativo, que embora houvesse se firmado entre 1870 e 1880 tinha origens ancestrais, desde que o homem era um caçador: " *O caçador teria sido o primeiro a "narrar uma história" porque era o único capaz de ler, nas pistas mudas (se não imperceptíveis) deixadas pela presa, uma série coerente de eventos*".

Diz Ginzburg no mesmo texto :

"...o grupo de disciplinas que chamamos indiciárias (incluída a medicina) não entra absolutamente nos critérios de cientificidade dedutíveis do paradigma galileano. Trata-se, de fato, de disciplinas eminentemente qualitativas, que tem por objeto casos, situações e documentos individuais, enquanto individuais, e justamente por isso alcançam resultados que têm uma margem inelutável de casualidade...(...) A ciência galileana tinha uma natureza totalmente diversa, que poderia adotar o lema escolástico, *individuum est ineffabile*, do indivíduo não se pode falar. O emprego da matemática e o método experimental, de fato, implicavam respectivamente a quantificação e a reprodução dos fenômenos, enquanto a perspectiva de individualizar excluía por definição a segunda, e admitia a primeira apenas em funções auxiliares. Tudo isso explica porque a história

nunca conseguiu se tornar uma ciência galileana...(...) a história se manteve como uma ciência social sui generis, irremediavelmente ligada ao concreto."

E adiante :

"...o conjunto das ciências humanas permaneceu solidamente ancorado no qualitativo. Não sem mal estar, sobretudo no caso da medicina. Apesar dos progressos realizados, seus métodos mostravam-se incertos, e os resultados, dúbios...(...) As razões da "incerteza" da medicina pareciam ser fundamentalmente duas. Em primeiro lugar, não bastava catalogar todas as doenças até compô-las num quadro ordenado: em cada indivíduo, a doença assumia características diferentes. Em segundo lugar, o conhecimento das doenças permanecia indireto, indiciário: o corpo vivo era, por definição inatingível....(...). Em conclusão, a impossibilidade da medicina alcançar o rigor próprio das ciências da natureza derivava da impossibilidade da quantificação, a não ser em funções auxiliares; a impossibilidade da quantificação derivava da presença inelutável do qualitativo, do individual; e a presença do individual, do fato de que o olho humano é mais sensível às diferenças (talvez marginais) entre os seres humanos do que as pedras ou as folhas. Nas discussões sobre a "incerteza" da medicina, já estavam formulados os futuros nós epistemológicos das ciências humanas "
(Ginzburg, 1990).

Essa capacidade humana de discernir, segundo Ginzburg (1990,op.cit), é tendenciosamente *muda*, suas regras não se prestando a normalizações:

"Ninguém aprende o ofício de conhecedor ou de diagnosticador limitando-se a pôr em prática regras preexistentes. Nesse tipo de conhecimento entram em jogo (diz-se normalmente) elementos imponderáveis: faro, golpe de vista, intuição".

Essa afirmativa converge para aquela de Gonçalves sobre a subjetividade e uma similar de Minayo (1992, op. cit.), quando fala que:

"a qualidade pessoal do trabalho científico, verdadeiro artesanato intelectual que traz a marca do autor, nenhuma técnica ou teoria pode realmente suprimir...(...) a capacidade de perceber através das questões específicas levantadas, as correlações multilaterais e sempre mutáveis que cercam a realidade objetiva, dentro dos limites da "consciência possível". Trata-se de um imbricamento entre a habilidade do produtor, sua experiência e seu rigor científico"

Ou seja, a subjetividade é um elemento da realidade impossível de escamoteação e é, ao contrário, ressaltada na pesquisa qualitativa.

Não se trata, como salientam os autores citados ou referidos, de descartar a metodologia quantitativa, passível de utilização, embora de modo restrito ou auxiliar em ciências humanas. Nas *pesquisas de inteligência*, como os censos demográficos, estatísticos e econômicos, por exemplo, destinadas a *"ajudar a formulação de políticas"* institucionais ou de Estado, ela é mandatária, mas mesmo assim faz falta a abordagem qualitativa dos dados, como enfatiza Minayo (1992, op. cit.).

Sobre a discussão das metodologias qualitativa feitas com proficiência por vários autores (Guba e Lincoln, 1989; Marshall e Rossman, 1989; Minayo, 1992; Demo, 1992 ; Thiollent, 1987 e 1994; Becker, 1992; Chrétien, 1994; Betancourt, 1995), não se irá além, assumindo que a realidade social é inapropriável por métodos puramente quantitativos.

O que se quer, também, deixar claro é que essa pesquisa, centrada nas LER, produto de um movimento e de um momento, face a transdisciplinaridade dos conhecimentos que se acredita necessários à abordagem dos temas imbricados, trabalho/saúde/doença, todos históricos, não se prende a um método, recorrendo, principalmente, a uma abordagem metodológica qualitativa, valendo-se, de forma auxiliar, de números e de suas interpretações. O instrumento que a possibilitou foi um questionário sobre as lesões por esforços repetitivos (LER) aplicado a uma amostra não probabilística de 525 adoecidos de uma população de 1223 e de 346 depoimentos escritos. Descrever-se-á nos capítulos correspondentes como se procedeu para sua discussão e análise.

Os estudos sobre as lesões das estruturas moles da parte superior do aparelho locomotor atribuídas ao trabalho, conhecidas no Brasil mais habitualmente como lesões por esforços repetitivos (LER), já compõem um significativo acervo bibliográfico produzido nos últimos 35 anos, principalmente, no Japão, Estados Unidos, Austrália, Inglaterra, Suécia, Finlândia, Canadá, Alemanha e França, ou seja,

nos países que mais cedo se industrializaram e aceleraram a incorporação das novas tecnologias de automação.

A última Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde/CID10/1993 (OMS, 1994) é mais explícita do que a anterior em relação a essas lesões. No Capítulo XIII, que se refere às Doenças do Sistema Ósteo-Muscular e do Tecido Conjuntivo, designa-as, genericamente, de "*Transtornos dos Tecidos Moles relacionados com o uso, uso excessivo e pressão, incluindo aqueles de Origem Ocupacional*". As que dizem respeito às alterações neurológicas periféricas ficam no capítulo correspondente às doenças do sistema nervoso, mais precisamente, no grupo das mononeurites periféricas.

A ciência e a medicina brasileiras têm estado pouco presentes na produção de conhecimentos desse modo de adoecimento, em parte pela chegada mais tardia e curso mais lento desse novo ciclo de desenvolvimento e crise do modo de produção capitalista, cuja face mais festejada é a incorporação das novas tecnologias da automação, absorvidas aqui como lá, de modo abusivo, inadequado e rápido, acompanhada, de perto, pelo aumento, também rápido do número de casos de LER., praticamente em todas as categorias de trabalhadores. Mas apesar de haver se tornado a doença do trabalho mais notificada e em ascensão em todos esses países, no Brasil inclusive, e se constituir hoje sério problema de saúde pública, essas lesões continuam carentes de políticas e ações capazes de preveni-las, cedo detectá-las e tratá-las.

Não é estranho que assim seja.

Desde os primórdios da revolução industrial, passando pelo seu segundo e terceiro ciclo de desenvolvimento e crise, as doenças, mesmo aquelas diretamente causadas pelo processo de trabalho, encontram resistências para serem reconhecidas pelo patronato e pelo Estado. Acaba-as revelando, publicamente, os corpos e mentes dos trabalhadores que as sofrem, suas entidades representativas pressionadas e os médicos que atuam dentro delas e de órgãos públicos de saúde.

Também com as LER. tem sido assim.

Há uma dezena de anos, observa-se nos países industrializados, e mais recentemente no Brasil, a passagem vagarosa da violência explícita do trabalho, documentada por acidentes e doenças ditas ocupacionais, para uma violência mais sutil, expressa por modos de adoecimento insidiosos, sem nexos ou causalidade aparente com o trabalho e de difícil comprovação material.

Sem qualquer desprezo aos métodos tradicionais, fundamentados, principalmente, nas ciências biológicas, físicas e químicas e aos métodos epidemiológicos mais recentes e já clássicos, assentados na matemática e na estatística, há necessidade de se recorrer, também, a outras abordagens científicas, não naturalistas e não quantitativas, embasadas nas ciências sociais se se quiser

compreender os modos de adoecimento e morte do nosso tempo chamado, impropriamente ou não, de *pós-moderno*. Não se trata de excluir os primeiros, mas de fazer escolhas adequadas, em função da natureza das relações e fatos investigados que exigem referenciais epistemológicos e metodológicos transdisciplinares e acuidade indiciária e dinâmica sob os vários aspectos, dada a historicidade e socialidade das relações entre trabalho, saúde e doença.

O novo ciclo do capitalismo está atrás dessa violência oculta, dessas doenças não ou dificilmente tipificadas como do trabalho. Elas podem não ser doenças "*novas*", até porque corpo e mente humanos não mudaram essencialmente as formas de expressar o sofrimento. Novo e velho é o nosso desconhecimento sobre tais assuntos, sobretudo, quando há componentes insuficientemente explorados dessa determinação histórica e social. Isso é verdadeiro tanto para as LER, como para doenças que vêm, no presente século, acusando incidências e prevalências crescentes, embora desiguais, nas várias categorias de trabalhadores, pertençam elas aos setores primário, secundário ou terciário da economia. E apesar das diferenças, parece haver confluência para modos de adoecer e morrer similares, sugerindo um progressivo apagamento das diferenças de conteúdo dos trabalhos e das relações sociais entre as várias categorias.

Qualquer que seja a atividade econômica e a categoria profissional, as doenças do trabalho não se contêm, portanto, dentro dos marcos estreitos de causalidade do processo de trabalho em si. Sem negar nexos causais entre esse processo e as formas de adoecimento e morte no e do trabalho, uns mais explícitos e próximos que outros, é preciso convir que tais relações e conseqüências são pertinentes a dimensões históricas e sociais maiores.

Além de incidir em indivíduos concretos e se distribuir diferentemente segundo as classes, segmentos sociais e ocupações, independentemente de sua natureza e agentes imediatos, as doenças se comportam diferentemente no tempo e nas sociedades, segundo o andamento do seu modo de produção, ciclos de desenvolvimento e crises, condições sócio-econômicas, políticas e culturais.

Entre nós, a despeito da presença secular de doenças como a de Chagas e a esquistossomose, do recrudescimento ou reaparecimento de outras velhas e conhecidas, como a lepra, a cólera e a tuberculose e do surgimento de novas, como a AIDS, o ciclo das doenças transmissíveis clássicas, caracterizadas por sua epidemicidade e endemicidade, parece estar em fase de esgotamento. São doenças, na expressão de Rosen (1994:160), "*evanescentes*", por isso, seu impacto social, em termos de mortalidade tende a ser cada vez menor com o passar dos anos, mesmo em países como o Brasil.

Apesar dos êxitos, relativamente recentes, da tecnologia médica para a prevenção, tratamento e, sobretudo, para o diagnóstico de várias dessas doenças, é forçoso reconhecer que sua contribuição para o encerramento desse ciclo de doenças tem sido menos significativa do que se imagina, afora poucos exemplos, como no caso das passíveis de prevenção, através de imunização, como a poliomielite, varíola, difteria e o sarampo.

Nos países que precocemente fizeram a revolução industrial e burguesa, há décadas, as taxas de mortalidade antes dos quatro anos se situam, invariavelmente, abaixo de 3% (Ribeiro, 1986) e a expectativa de vida praticamente dobrou nos últimos 150 anos, sem que se possa creditar a evolução favorável dessas estatísticas aos avanços da tecnologia e práticas médicas. Sem dúvida, influência tiveram, mas, fundamentalmente, a mudança da morbi-mortalidade das sociedades modernas obedeceu a determinantes maiores, contidas em dimensões macroeconômicas, socio-culturais e políticas, necessariamente históricas, que marcam os ciclos de desenvolvimento e crise do modo de produção capitalista.

Por outro lado, paralelamente à elevação da duração média da vida, tem havido crescimento, em termos absolutos e relativos, de uma série de doenças e mortes, tanto na população jovem e economicamente ativa, como na de idosos, atribuído habitualmente à *vida moderna*", ao "estresse", ao "estilo de vida", enfim, ao modo de viver das sociedades industrializadas. As mortes violentas (homicídios, acidentes, suicídios, etc.) e outras causadas por doenças cardíaco-circulatórias e neoplásicas, de curso lento, há mais de três decênios, ocupam os primeiros lugares nos obituários dos países centrais e, mais recentemente, também do Brasil.

Com base na construção de associações estatísticas, há quem interprete esse novo perfil de morbi-mortalidade como consequência direta da industrialização e da vida urbana em si, emprestando ao fenômeno uma naturalidade ou determinismo evolucionista, sem qualquer referência ao modo de produção onde ele e suas aparentes e indefinidas causas se inserem. Esse modelo interpretativo da transição do perfil de morbi-mortalidade tem merecido críticas, em especial, sobre seus fundamentos conceituais que, indevidamente, "*privilegiaria a incorporação de novas tecnologias como explicação para o processo de transformação do modo de viver tradicional para o moderno*" (Barreto e Carmo, 1995: 17-30).

A crítica procede porque nem a industrialização, nem sua aceleração, que se faz acompanhar de surtos ou "saltos" tecnológicos, nos quais alguns economistas passaram a ver sucessivas "*revoluções industriais*", fizeram ou estão a fazer com que os processos e relações de produção e trabalho e suas consequências sejam necessariamente assim e não de outro jeito. São ciclos de desenvolvimento e crise do mesmo modo de produção que vão ter impacto diferentemente sobre as populações

dos diferentes países, de acordo com seu nível de desenvolvimento e as relações de poder e de classe. Ao absorver tais mudanças, com maior ou menor lentidão, em conjunturas econômicas, políticas e sociais diversas, os *países periféricos* têm tido suas relações sociais agravadas e acentuadas as desigualdades, com frequência de maneira extremamente perversa.

Ao longo da história, essas iniquidades têm levado os trabalhadores a se oporem e se organizarem para alterar os estados das coisas dentro e fora do mundo do trabalho. O que se vem colocando como prioridade para a classe trabalhadora nesse novo ciclo de rápidas modificações dos meios, instrumentos e processos de produção e das relações e organização do trabalho é como acelerar seu nível de conhecimento e compreensão sobre essas questões, de sorte a lhe permitir elaborar, em bases mais concretas, políticas, propostas e ações correspondentes, que encontrem solidariedade indispensável no conjunto da sociedade (Blackburn, org., 1993).

O Brasil é reconhecidamente um país capitalista periférico e de desenvolvimento tardio. Além do conflito imanente entre capital e trabalho, a sociedade brasileira vive outros problemas de enorme significância e reflexos sobre esse conflito, em decorrência das relações históricas de suas classes sociais e do nível da subordinação, também histórica, de sua economia e de suas políticas aos países centrais que assumiram condições matriciais de capital e tecnologia. No regime desigual de trocas que se estabeleceu, vendemos, basicamente, trabalho e produtos a preços baixos e tomamos dinheiro e tecnologia a preços extorsivos.

Na atual fase de desenvolvimento do capitalismo mundial, de monopolização e internacionalização crescentes, os estados nacionais vêm se enfraquecendo e a competição entre as grandes empresas oligopólicas e financeiras parece se atenuar, graças à divisão cartelizada dos mercados e à fusão de interesses econômicos e neopolíticos (Laurell, org., 1995).

A derrocada do "socialismo" de Estado do bloco soviético reduziu o risco de uma catástrofe nuclear, acabou com a *"guerra fria"* e liquidou o pretexto da *"ameaça comunista"* que justificava intervenções e golpes militares contra as instáveis e frágeis repúblicas latinas e afro-asiáticas que se libertavam do neocolonialismo. Exacerbou, porém, a arrogância impiedosa dos países ricos, como evidenciam as incursões militares e bombardeios impunes e as sanções econômicas contra países atrasados e pobres que ousam, pouco importa a forma como o fazem, se contrapor à nova ordem política e econômico-financeira imposta pelos países ricos. Pior é que esta violência se faz agora sob o manto protetor da Organização das Nações Unidas e com os aplausos, silêncio conivente e raros protestos de alguns governos representados nessa organização que se esperava promotora da paz, da não violência, da ética e do direito internacional.

Em curto tempo, parece que todos se adequaram a essa divisão recente de poder econômico e geo-político, que reúne no hemisfério norte uma dezena de países ricos e desenvolvidos, habitados por um quinto da população mundial, e no hemisfério sul duas centenas de outros, onde vivem quatro quintos da humanidade, cuja maioria das populações está em estado de pobreza ou miséria. A desigualdade do sistema de trocas entre os dois blocos é flagrante quando falamos em capital, renda, trabalho e tecnologia. Essa última vem passando por mudanças extremamente velozes e crescentes, levando à substituição acelerada da força de trabalho (trabalho vivo) por máquinas com elevado nível de automação (trabalho morto), ao mesmo tempo em que o trabalho humano é tornado mais simples, menos qualificado, repetitivo, facilmente substituível e de valor menor.

Essas mudanças estruturais da produção, ocorridas em todo o mundo industrializado após a 2ª Guerra Mundial e mais céleres após a década de 70, vêm tendo forte impacto sobre o sistema produtivo de todos os países do planeta (Kurz,1993; Offe,1994). Os reflexos mais visíveis sobre a economia brasileira, em particular, são o aumento do endividamento externo, a acentuação do desnível científico e tecnológico, a queda do ritmo de desenvolvimento, a recessão econômica, o desemprego e subemprego, as perdas salariais e do poder aquisitivo da moeda nacional (Fiori, 1995; Cardoso de Mello, 1992: 59-67; Mattoso, 1994: 521-562; Cano, 1994: 589-604), o recrudescimento de doenças antigas e o aparecimento de novas (Monteiro, org., 1995). Nesse contexto internacional desfavorável, parecem visíveis os sinais de uma nova depressão econômica mundial.

Entre os anos de 1985 e 1996, a atividade bancária do país acusou uma queda de 46% do número de empregados. De um milhão, o número de bancários despencou para 540 mil, muito embora a atividade se expandisse, centenas de agências novas fossem abertas e novos "*produtos*" colocados no mercado financeiro. Fundamentalmente, determinaram a discrepância entre o crescimento da atividade bancária e a redução de empregos -também presente em outras atividades econômicas, em taxas provavelmente mais modestas- a aceleração da internacionalização das atividades econômico-financeiras, as fusões e a incorporação de novas tecnologias de informação, a par das novas formas de administrar o trabalho.

Os problemas sociais dos despedidos e os de saúde dos que foram mantidos no emprego não têm sido levados em conta. A desigualdade histórica do conflito entre capital e trabalho aumentou nos últimos cinco anos, favorecendo ainda mais a exploração dos trabalhadores pelo medo maior de desemprego, dificultando antigas reivindicações pela melhoria das condições, ambientes, relações e organização do trabalho e pela redução da jornada. Com isso a sujeição às exigências ao trabalho aumentou e, com ela, a possibilidade de adoecimento dos trabalhadores.

Com razoável pertinência se credita à automação parte da atual eficiência do setor financeiro. A informática, a telecomunicação e, por trás, o trabalho humano são responsáveis pela fluidez da informação, imprescindível à política dos negócios econômicos e a tantas outras. Não se trata tão somente de economizar o tempo no fazer, mas da rapidez com que a informação deve fluir como necessidade intrínseca do capital financeiro, extremamente volátil nessa nova fase de acumulação. O acompanhamento das produções agrícola e industrial nos mercados internos e externos dos diferentes países, a evolução de preço dos títulos, ações e outros papéis, o oportunismo em negociá-los nas várias praças comerciais do mundo deram ao sistema de informações econômicas, monopolizadas pelo capital financeiro, valores estratégicos formidáveis.

Premidas entre necessidades internas, dívidas e compromissos internacionais habitualmente mais privilegiados, as políticas e ações oficiais brasileiras no campo do trabalho e da saúde, entre outras sociais, sempre acabaram penalizadas e punitivas. Ao longo da construção do capitalismo brasileiro, perdas salariais, condições e organização do trabalho predatórias têm tido sérias repercussões sobre a saúde da população em geral e dos trabalhadores em particular. A comprová-las aí está o elevado número de acidentes do trabalho, graves quando não fatais, apesar da subnotificação desses infortúnios e do seu discutido decréscimo nos últimos dez anos (Ribeiro, 1994:14-21; Wunsch Filho, 1995: 28-43).

A incorporação das tecnologias de automação e informática que, ao menos em algumas atividades econômicas, parece contribuir para a diminuição do número de acidentes tipo, vem aumentando o número de doenças relacionadas direta ou indiretamente com os novos processos e organização do trabalho.

As lesões das estruturas moles da parte superior do aparelho locomotor atribuídas aos movimentos de força ou leves e repetitivos e à sobrecarga estática no trabalho (LER.) que estão ocorrendo, de forma assustadora em todo o mundo industrializado, em trabalhadores jovens de ambos os gêneros, nas várias atividades e categorias, são emblemáticas.

Os bancários, como categoria profissional, têm uma história muito recente em nosso país, obviamente contemporânea às atividades das nossas instituições financeiras. É suficiente assinalar que até o fim da terceira década do presente século, na cidade de São Paulo, a categoria não ultrapassava de 1800 trabalhadores. Cinquenta anos depois, acompanhando a expansão do ramo, a categoria era constituída, aproximadamente, de 200 mil trabalhadores na mesma cidade e 1 milhão em todo o país. Em decorrência da automação e, mais recentemente, da progressiva e rápida concentração do capital financeiro, o número de bancários vem encolhendo.

Dos atuais 540 mil existentes no país, pouco mais de 100 mil estão concentrados na capital do estado.

O jornal A GAZETA, de 01.01.1938, traz a notícia de que 23% de bancários teriam tuberculose pulmonar, dando como fonte o Serviço de Tisiologia do recém criado Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários. Comentando a informação, o jornal atribui essa elevada taxa " às condições desfavoráveis de trabalho, aos horários apertados e à alimentação insuficiente". Sete anos mais tarde, com base em dados do mesmo instituto, a "FOLHA BANCÁRIA", do Sindicato dos Bancários de São Paulo, afirmava que em 1942 teriam ocorrido 252 casos de psico-neurose bancária, que se caracterizaria por "*perturbações das funções do cérebro, fraqueza, dificuldade de entendimento, dor de cabeça, irritabilidade, insônia, fobias, angústia e excesso de escrúpulos*" (Canedo, 1978: 43).

É pouco provável que a prevalência de tuberculose entre bancários fosse tão alta e menos ainda que o processo de trabalho em si estivesse tão estreitamente relacionado com essa doença. Sabia-se, contudo, ser elevada a taxa de tuberculose na população brasileira de um modo geral. É também questionável a existência de uma psico-neurose específica de bancários, ou seja, estritamente subordinada ao seu processo de trabalho, embora venha sendo reconhecido o sofrimento mental decorrente do trabalho em bancos e atividades do setor terciário, consideradas como *travail sans modèle*, e sua provável contribuição no desencadeamento de surtos neuróticos ou psicóticos que leva Aubert (1994: 178) a afirmar, sem consenso, sobre a existência de uma *neurose profissional*.

As suspeitas, no país, dos efeitos desfavoráveis do trabalho bancário, principalmente sobre a saúde mental, ganharam maior evidência em meados da década de 80, coincidindo com a expansão e automação do setor, favorecidas pelos elevados lucros trazidos com a inflação, apesar da recessão econômica.

Na segunda metade da mesma década, começa a leva ininterrupta de demissões, continuada nos cinco primeiros anos da atual (DIEESE, 1992). O motor principal dessas demissões foi a aceleração da automação, sobretudo, com a introdução dos microcomputadores na periferia do sistema, acompanhada da reorganização e intensificação do trabalho. É nesse período de dez anos, principalmente nos cinco últimos, que as LER emergem para o primeiro plano das doenças do trabalho entre os bancários.

No Brasil, sempre com defasagem de tempo, são contemporâneos desse novo ciclo de desenvolvimento e crise do sistema de produção capitalista, a retomada da autonomia e liberdade de organização dos trabalhadores, maior poder de verbalizar queixas e de concretizar ações coletivas mais eficazes e menos corporativas, e projetos, a médio e longo prazo, entre eles, o de produzir conhecimentos a partir dos

próprios trabalhadores. É nesse contexto que ressurgem as centrais sindicais, o Departamento Intersindical de Estatística e Estudos Sócio-Econômicos (DIEESE) se fortalece e é criado, em 1980, o Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes do Trabalho (DIESAT). É através desse órgão que vai ser realizado um dos primeiros estudos sobre psico-patogenia do trabalho bancário (Silva, Sato e Delia, 1985), patrocinado pela Federação dos Sindicatos dos Empregados em Estabelecimentos Bancários de São Paulo e Mato Grosso do Sul e pelo Sindicato dos Bancários de Campinas e Região.

A divisão e desqualificação do trabalho aceleradas pela automação, o medo do desemprego, os novos padrões e exigências induzidas ou impostas pela administração e as evidências últimas de adoecimento maciço por LER., vêm provocando crescente preocupação e demandas dos trabalhadores e de suas entidades, favorecendo levantamentos de dados e pesquisas sobre a subordinação de doenças ao trabalho bancário, em especial em instituições financeiras estatais, onde à estabilidade virtual no emprego e maior liberdade de organização e expressão, se somam sensibilidade social e diálogo melhores com o empregador, permitindo discussões mais democráticas e negociações para o encaminhamento, mínimo que seja, desses problemas.

No Brasil, as pesquisas que envolvem populações de trabalhadores ativos esbarram em uma série de obstáculos, começando pela dificuldade de abordá-los no trabalho, principalmente pela tradicional resistência patronal em abrir as informações e os espaços internos da empresa, tanto que o sindicalismo continua sendo "*de porta de fábrica*" (Oliveira, 1994: 497-518). Assim, abordagens como a dos 99 estudos analisados por Kuorinka, Forcier & col., além de caras, tornam-se bastante difíceis, obrigando à busca de outras, cientificamente válidas, sejam ou não de corte epidemiológico, assentadas ou não em métodos quantitativos.

Entre nós essa necessidade tem sido premente e tanto maior porque é preciso consolidar os conhecimentos sobre a determinação e os nexos causais das LER com o trabalho, reconhecidos empiricamente, em decorrência da notificação crescente e de estudos clínicos descritivos como os de Ribeiro (1986), Rocha (1987), Settini e col. (1989), do Nusat (1991, 92, 93), Assunção (1993), Assunção, Lacerda & Andrade (1993), Assunção (1995), Settini & Silvestre (1995), Ribeiro (1993, 94, 95, 96), cada vez em maior número, sem que haja até agora nenhum sobre a incidência e prevalência da doença por categoria de trabalhadores, mesmo naquelas mais vitimadas. No que diz respeito às LER em bancários, parece que apenas um autor as vem mais sistematicamente estudando.

Há mais de três décadas, essas lesões têm o reconhecimento internacional e público do seunexo com o trabalho. Entre nós, só recentemente, o Ministério da

Previdência Social (1987,1992), o Ministério do Trabalho (1993) e secretarias estaduais de saúde (1992) vieram a reconhecê-lo. Ainda assim, cobra-se para que esse nexos tenha uma expressão diagnóstica objetiva, necessariamente descrita pelo médico e confirmada, de preferência, segundo a prática hegemônica, por algum exame complementar. No transcorrer desse tempo e no cumprimento dessas exigências formais, as lesões têm-se feito irreversíveis pela continuidade traumática do trabalho, com freqüente perda definitiva da saúde e da capacidade de trabalhar.

A previdência social brasileira tem o hábito de subestimar as ocorrências mórbidas provocadas pelo trabalho, em parte, por razões econômico-financeiras, em parte, políticas. Por seu lado, a legislação específica as toma, conceptual e praticamente, como acidentais, algo fortuito, sem responsáveis, mesmo quando sua freqüência aponta para a existência de fatores endógenos ao trabalho e, portanto, não acidentais. Discute-se, tão somente, a reparação financeira do dano, que a previdência social, dentro de sua lógica econométrica, procura invariavelmente negar, minimizar ou retardar, usando os mais variados recursos e artifícios (Ribeiro & Lacaz, 1984: 65-85;189-209; Oliveira & Teixeira, 1986; Fernandes, 1991).A previdência tem agido historicamente desse jeito, eximindo-se de qualquer atuação preventiva nas e sobre as empresas para a salvaguarda da saúde e da capacidade de trabalho dos seus segurados, renunciando assim à condição de uma seguradora social legítima. Até hoje, segundo as normas prescritas, as responsabilidades de prevenção e fiscal são atribuições do Ministério do Trabalho.

Todas as categorias e sindicatos de trabalhadores, mesmo quando a sujeição aos riscos de adoecimento é flagrante e normalizada, como no caso de agentes químicos e físicos, lidam com dificuldades e resistências para o reconhecimento do nexos do trabalho com acidentes e, principalmente, com doenças, quer por parte do empregador, quer por parte dos ministérios mais diretamente envolvidos, o do Trabalho o da Previdência Social e o da Saúde. Ainda quando normas, padrões e níveis de tolerância são desrespeitados e os casos de doenças se acumulam, há sempre a exigência de inspeções e mensurações periciais, quase sempre extemporâneas e em condições difíceis e dificultadas. Pode-se imaginar, quando essa sujeição não é material e sua comprovação questionável, como as dificuldades e resistências crescem. Pior é quando a doença não é reconhecida como "*profissional*" ou do trabalho, como no caso das mentais, cárdio-circulatórias, gastro-entéricas, etc. Nessas situações, só demandas individuais em juízo poderão, com lentidão e êxito incerto, prosperar sob o argumento da concausa.

Não é, pois, de admirar que embora os distúrbios mentais constituam o modo de adoecimento mais freqüente entre os bancários, seguidos a distância, pelos cárdio-circulatórios e do aparelho locomotor (Silva Filho & col., 1992, op.cit.), as atenções

de suas entidades representativas convirjam para as LER, que integram o último grupo, de causalidade oficialmente reconhecida. Pesa a favor dessa prioridade, o fato dessa doença emblemática apresentar um número elevado e progressivamente crescente de vítimas, com longos períodos de afastamento do trabalho e perda freqüente e definitiva da capacidade de trabalho que as fazem hoje, em todo o mundo, a mais séria e assídua doença dos trabalhadores da “*pós modernidade*” e um grave e não resolvido problema de saúde pública.

Se sob o aspecto reparador e individual, em termos de reconhecimento da doença, do seu tratamento e compensação previdenciária, a questão LER está mal resolvida, a nível da prevenção e de sua dimensão pública e de saúde, a situação é tanto mais grave quanto mais desigual é o conflito entre o capital e o trabalho, fazendo-as uma expressão nova e mais sutil de violência. Também por isso é que as LER são uma doença emblemática da “*pós- modernidade*”, isto é, desse novo ciclo de desenvolvimento e crise do capitalismo.

2. TRABALHO E CAPITALISMO

“A Inglaterra é o país clássico desta revolução que foi tanto mais poderosa quanto mais silenciosa se fez. É por isso que a Inglaterra é também o país clássico para o desenvolvimento do principal produto desta revolução: o proletariado. É só na Inglaterra que o proletariado pode ser estudado em todos os seus aspectos e relações”.

F. Engels (1985)

“O processo de industrialização precisa impor o sofrimento e a destruição de modos de vida estimados e mais antigos, em qualquer contexto social concebível”.

E. P. Thompson (1988)

Ciclos do capitalismo industrial e trabalho.

A capacidade de representar simbolicamente na mente o porquê e como fazer levou o homem a desenvolver modos de sentir e se expressar que conferem às suas necessidades, instintivas ou não, outros conteúdos. Felicidade, amor, prazer, moral, ética ou seus contrários, bem como a linguagem em suas diferentes manifestações, são formas múltiplas da sensibilidade e cultura, próprias e únicas do homem.

Conceber requer sempre alguma prática anterior. O que é projetado na mente não representa apenas o objeto idealizado para a satisfação de determinada necessidade, mas também os materiais, os meios e instrumentos e o próprio trabalho concretizado. É através desses elementos concebidos e disponíveis e do trabalho concreto que a representação simbólica do objeto vai se tornar objeto concreto, algo que satisfaz alguma necessidade, isto é, que tem um uso e um valor.

Do processo do trabalho fazem parte, portanto, a necessidade, a prática apreendida e a concepção de como fazer para tornar a satisfazê-la, se possível de forma melhor. Por isso, embora haja sempre recorrência à memória, o trabalho nunca é o mesmo. Podem variar não só a necessidade, mas os outros elementos constitutivos do processo, os materiais, os meios e instrumentos e o próprio trabalho. São variações que a natureza, o homem e a vida social colocam e que induzem a novas e criativas concepções que resultam em experiência crescente, ou seja, modos outros de fazer, com menor dispêndio intelectual, biológico, de materiais, meios e de trabalho concreto. É a partir desse acúmulo histórico de experiências que se construiu o saber e o conhecimento teórico, vale dizer, pode-se dar à prática e à experiência que dela

resulta, transcendência e universalidade. E aí estaremos falando na teorização sistemática da técnica, ou seja, de uma ciência, a tecnologia (Gama,1987:213).

A expansão e complexidade progressiva da sociedade humana procedem de necessidades satisfeitas pelo trabalho e engendram no tempo, outras novas e maiores. O conflito do processo de trabalho, em seus primórdios com a natureza, se tornou, também, socialmente conflituoso com o regime de propriedade e a divisão do trabalho. A violência teve papel decisivo nessas transformações, dividindo a sociedade, em um momento da sua história, em uns poucos senhores que possuíam tudo e milhões de escravos e servos que sequer possuíam a si mesmos e só trabalhavam.

A palavra trabalho tem origem latina do verbo *tripaliari*, que provem de *tripalium*, instrumento de três paus pontiagudos com que se batia ou desgarrava o trigo, mais tarde usado como instrumento de tortura, coisa que se fazia habitualmente com escravos e servos (Albornoz,1988:1-14). Trabalho e tortura nos modos de produção escravista e servil foram contemporâneos e, como se lê, chegaram a ter o mesmo significado. Mas já no início da era cristã, o trabalho começou a perder o caráter de punição para se tornar um sacrifício indispensável à redenção do homem e à preparação do seu retorno ao convívio com Deus ,do qual se afastara por desobediência. Esse convívio prometido após a morte, impunha como condição prévia, a submissão em vida, prova da inocência recuperada. Lutero, Calvino e a reforma, com o advento do capitalismo mercantil, reforçaram esse discurso da submissão e da redenção pelo trabalho.

O modo de produção capitalista emprestou ao trabalho atributo de virtude, fazendo pouco mais de dois séculos que o Estado moderno, agora laico, e as empresas apregoam que o trabalho dignifica o homem e que é imoral não trabalhar.

Pelo visto, no tempo e no espaço deram-se ao trabalho atributos diferentes, ora depreciativos, ora virtuosos, segundo o modo de produção, as ideologias, valores e as classes dominantes. Mas o trabalho, antes de se tornar tortura, penitência ou virtude, é uma necessidade irrenunciável à condição social do homem.

Façamos, como Landes (1994), o exercício hermenêutico da releitura da metáfora de Adão. Bem antes de expulsá-lo, Deus já o pusera a trabalhar “*no Jardim de Éden para lavrar e guardar*”, advertindo-o: “*da árvore da ciência do bem e do mal não comerás, porque no dia que dela comeres, certamente morrerás*”(Bíblia, 1984: 1-8). Induzido por Eva e não contente com a satisfação de instintos e necessidades primitivas, Adão desobedeceu. Experimentou o fruto da incerteza e assumiu o império de outras necessidades sobre as quais teria de pensar como satisfazer. Sentencia, então, Deus à sua criatura desobediente: “*Do suor do teu rosto comerás o teu pão até que tornes à terra*” (Bíblia,1984: 1-8).

Para alguns, a referência explícita ao suor, assinala a condenação do homem ao trabalho, mas Deus o condenou foi pelo grande e original pecado de ousar *conhecer*. Pela ousadia, Adão perdeu a eternidade que só a inocência (desconhecimento) concede, e fez-se homem. Quando Jeová o expulsa do Paraíso, fê-lo tarde e em vão. Ele já se fora, assumindo a condição humana e a consciência da mortalidade.

A metáfora judaico-cristã de Adão reproduz, de certo modo, uma outra grega, mais antiga e pagã, narrada em versos sete séculos antes por Hesíodo, a do titã Prometeu, recorrentemente retomada por diversos autores. Prometeu roubou aos deuses o segredo do fogo e o revelou aos homens. Como castigo, Zeus manda acorrentá-lo em uma montanha do Cáucaso e, como punição à humanidade, cria a mulher, Pandora, a Eva grega, com sua caixa de infortúnios logo disseminados e suas expectativas guardadas e desconhecidas (Gama, 1986, op. cit.: 1-8; Hesíodo, 1990: 25-29; 59-76).

Os infortúnios da condição humana são muitos e evidentes e cada vez menos dependem da natureza e mais da sociedade dos homens. Nenhuma epidemia, em qualquer tempo, foi capaz de dizimar tantas pessoas em tão poucos anos, como a última guerra mundial: 25 milhões de mortos na Rússia; 4,2 milhões na Alemanha; 1,5 milhão na Áustria, Itália, Romênia e Hungria; 1,5 milhão no Japão; quase um milhão na França, Grã-Bretanha e Estados Unidos. Total: 33,2 milhões em menos de seis anos (Landes, 1994, op.cit.: 502). Essa mortandade, superior às populações de vários países das Américas, seria possível, sem o conhecimento científico e tecnológico, hoje muitas vezes maior?

Cético, mas não pessimista, Landes adverte:

:"A marcha do conhecimento e da técnica continua e, com ela, a luta social e moral. Ninguém pode ter certeza de que a humanidade sobreviverá a essa trajetória dolorosa, especialmente numa era em que o conhecimento humano da natureza suplantou, em muito, o conhecimento que o homem tem de si mesmo. Todavia, podemos ter certeza que ele rumará por essa estrada e não a abandonará, pois, embora tenha seus medos, ele tem também sua eterna esperança. Esta, convém lembrar, foi o derradeiro item da caixa de Pandora"
(1994, op. cit.: 573)

Mais do que Adão que passou ao imaginário popular como um ingênuo, Prometeu é para os literatos antigos e modernos, a figura metafórica do homem rebelde porque consciente.

A interpretação dessas metáforas não se esgota na rebeldia de suas figuras mitológicas. Revelam a irrenunciabilidade do gesto e do retorno. Não é possível recuperar a inocência, como não é possível renunciar ao conhecimento. São coisas que fazem parte da construção da humanidade, vale dizer, da história do homem. São metáforas que rompem com o mito arcaico e religioso do tempo cíclico, marcado pela alternância do dia e da noite, do claro e do escuro e das estações que se sucedem, como se houvesse um "*eterno retorno*" (Eliade, 1993: 313-331). As metáforas de Prometeu e Adão emprestam ao tempo a dimensão de continuidade, de infinidade, de um tempo não recorrente, sinalizando a existência de um presente impregnado de passado e de um futuro presumível, mas incerto. Entender o passado é, portanto, imprescindível para se avançar, ir além do sensorial, na compreensão dos fenômenos e fatos presentes e para antevisão do futuro.

Nesse caminho, de querer entender o presente a partir do acontecido, é bom que nos acautelemos com as periodizações excessivas... Afinal, a divisão secular do tempo é uma convenção, tanto como o ano e os seus dias. Essa é uma concepção calendarista e historiográfica do tempo. O conceito sobre a continuidade histórica não tem um ritmo igual e categórico, uma lógica linear, por adição. A história não é mera sucessão de fatos, mas uma ciência para interpretá-los. Sem dúvida, os fatos ocorrem em tempos e espaços reconhecíveis e não há, se se pretende definir marcos teóricos e conceituais para entendê-los, como deixar de tomá-los como referência.

Por isso, de passagem, as referências sobre as variações de significado do trabalho na história da humanidade. A partir de agora, porém, a atenção estará voltada para o trabalho no modo de produção capitalista industrial e suas conseqüências sobre a saúde dos trabalhadores, com vistas para o atual ciclo de desenvolvimento e crise do capitalismo no Brasil e suas correspondentes repercussões.

O marco referencial é a revolução industrial e burguesa, começada na Inglaterra e quase simultaneamente ocorrida na França, logo na Alemanha e nos Estados Unidos da América e em outros países da Europa e, mais tardiamente, em quase todo o mundo. É ela que data a emergência da sociedade e estado modernos, fundamentados no capitalismo industrial.

.De agora para diante, portanto, ao falar de trabalho, estar-se-á falando do trabalho no modo capitalista industrial de produção e, ao falar de tecnologia, far-se-á sobre uma ciência consentânea com esse processo revolucionário, cujo desenvolvimento se confunde com suas próprias crises.

Quando a produção desliza lentamente das mãos dos artesãos do período do capitalismo mercantil para a organização fabril dos tempos modernos, não é o maquinário que promove a revolução industrial, embora a simbolize. Muitos instrumentos de trabalho eram mais ou menos automatizados e precederam essa

passagem. Não é, tampouco, a expropriação do trabalho, bem mais antiga. Os assinalamentos das diferenças entre os dois modos de produção foram a apropriação progressiva e, afinal, definitiva do conhecimento prático dos artesãos, transformado em saber teórico, e o controle do trabalho e do tempo de trabalho, concentrado em um mesmo espaço sob a administração do capital. É a partir daí que a prática revelada e estudada vai ser decomposta e parcelada e a técnica se faz tecnologia (Gama, 1986, op. cit.: 181-193)

Essas mudanças, ao menos na Inglaterra, passaram a ocorrer mais velozmente nos últimos decênios do século XVIII e, principalmente, nos cinco primeiros do século XIX, atingindo inicialmente a produção de tecidos de algodão e, com atraso de um decênio, a de lã, sobre as quais se assentou a economia inglesa por quase cem anos. Pode-se acompanhar essa trajetória pela apropriação, incorporação e uso do tear mecânico pelo capital e, inversamente, pela redução do número de artesãos independentes.

Em 1813 haveria em funcionamento nesse país 2.400 teares mecânicos. Em 1820 passaram a 14.150; em 1829 eles já somavam 55 mil; em 1833 eram 100 mil e em meados do século XIX atingiam 250 mil. Ao contrário, o número de artesãos têxteis que somariam 250 mil entre 1810 e 1820, teria caído para 40 mil em 1840 e não ultrapassaria a casa dos 3 mil em 1852, estando essa queda relacionada sempre com a redução expressiva da remuneração do trabalho artesanal. (Landes, 1994, op. cit.: 91-92.). Não há, porém, concordância sobre a rapidez dessa queda. Thompson (1988: 15), baseado em estimativas de 1833 para o Reino Unido, afirma que os operários têxteis somariam 191.671 para um número de tecelões em teares manuais de algodão que chegava a 213 mil.

Independente dessas discrepâncias numéricas, é fato que os artesãos, não só os têxteis, foram progressivamente substituídos, numa velocidade rápida, por um novo tipo de trabalhador menos qualificado, o *operário*, cuja principal função era operar máquinas sob uma forma de contrato de trabalho que se tornara hegemônica, o pagamento por horas trabalhadas

Em 1839, as fábricas do império britânico já contavam com 419.590 operários, a grande maioria, como se viu, na indústria têxtil. A desqualificação do trabalho nessas fábricas pode ser inferida pelo perfil etário e, até certo ponto, pelo gênero desses novos trabalhadores: 242.996 (57,9%) eram mulheres, 192.887 (45,9%) eram menores de 18 anos e 112.192 (26,7%) eram menores dessa idade e do gênero feminino. A população operária adulta e do gênero masculino era bem menor: 96.599 (23,0%) (Engels, 1985: 165).

Na época, a produção metalúrgica, de importância e tamanho bem inferiores à têxtil, encontrara, através dessa, o seu caminho. A extração acelerada de carvão das

minas inglesas, necessária para alimentar o maquinário têxtil, exigia um meio de transportes que lhe correspondesse e esse veio com a locomotiva.

Falar em locomotiva é falar em ferro e aço. A indústria pesada nasceu calcada nas necessidades de uma indústria leve (Hobsbawm, 1987: 187-201). A população de trabalhadores metalúrgicos que era de 40.000 em 1800 pulou para 140.000 em 1840. Nos anos subseqüentes, acompanhando a expansão da indústria de ferro e aço da Inglaterra, responsável por 90% dessa produção em todo o mundo em fase de industrialização, os trabalhadores metalúrgicos e das indústrias que gravitavam em torno, iriam se constituir em uma população muitas vezes maior que a dos têxteis.

Vale ressaltar algumas características dessa industrialização nascente, mas em rápido processo de desenvolvimento, pelas implicações sobre o perfil da classe operária e em formação, seu espantoso crescimento e seu modo catastrófico de adoecer e morrer.

Até meados do século XIX, prevalecia na indústria a força hidráulica como fonte de energia. Os motores de combustão, que progressivamente viriam substituí-la, além de poucos, eram, em grande parte, alimentados com carvão vegetal. A substituição desse carvão pelo carvão mineral e o aperfeiçoamento contínuo dos motores tiveram um papel extraordinário no desenvolvimento industrial da Inglaterra nos anos seguintes, trazendo para o primeiro plano econômico e da produção, as indústrias metalúrgica, de mineração, construção civil e química e, no plano político e social, novas categorias de trabalhadores, com suas reivindicações e dores.

A indústria têxtil, que deflagrara o processo, é uma indústria leve, de bens de consumo não duráveis. Em todo o transcorrer do século XIX, essa indústria, então hegemonicamente inglesa, teve como principal matéria prima, o algodão, de origem vegetal e, secundariamente, a lã e a seda. A transformação desses produtos brutos em tecido, impunha tratamento de branqueamento, de tingidura e, posteriormente, de estampagem. A necessidade de produtos químicos acessórios para a indústria de tecidos (soda, álcalis, ácidos sulfúrico e clorídrico, cloro, etc.) determinaram diretamente o crescimento da indústria química pesada, mas também, indiretamente, impulsionaram as indústrias do carvão mineral, metalúrgica e da construção civil, cujos insumos constituíam elos da cadeia do processo de produção têxtil, na ocasião, o setor mais dinâmico da economia inglesa.

O processo de produção têxtil não requer força muscular bruta, salvo em uma ou outra operação, como na manutenção. No particular, ele se distingue bastante das indústrias de mineração, metalúrgica e de construção civil. A predominância têxtil no mercado de trabalho fabril e a não exigência de força muscular foram duas das razões, embora longe de serem as únicas, do perfil sexual e etário da força de trabalho operária inglesa, até meados do século XIX. As indústrias acima mencionadas e outras

também empregavam mulheres e crianças, mas a necessidade de força muscular restringia a possibilidade de explorar menores e mulheres, como fazia tão largamente a indústria têxtil. O perfil de gênero e etário do operariado inglês foi gradativamente se alterando, de forma mais acelerada nos três últimos decênios do século passado com a diminuição relativa da importância desse setor no mercado de trabalho e a predominância das outras indústrias citadas.

Em 1833, afirma Landes (1994, op. cit: 91), um jovem e um assistente menor de 13 anos eram capazes de operar, simultaneamente, quatro teares mecânicos e produzir o equivalente a vinte vezes a produção de um artesão que trabalhasse com um tear manual. A divisão do trabalho, a "leveza" das tarefas resultantes da fragmentação do trabalho, sua concentração em um mesmo espaço físico, o sistema de capatazia e a automação tinham operado o *milagre* da multiplicação, não do pão, mas da exploração indiscriminada e da produtividade.

A passagem da produção manufatureira para a fabril não foi rápida, nem linear e as resistências foram grandes. As perdas dos artesãos têxteis e dos artesãos de outras atividades, iam além dos seus ganhos, anteriormente bem mais altos. Eles estavam sendo expropriados tanto do seu saber e trabalho como do seu tempo, lazer, liberdade e direito de associação. Até então o artesão fora "*senhor do seu tempo, começando e parando quando desejava*", na sua oficina ou casa (Landes, 1994: 67). Sua semana de trabalho era de quatro dias, da terça à sexta, pois a segunda-feira era santa, "*Saint monday*" e também de repouso (Hobsbawm, 1988: 281).

"Durante a maior parte do século XVIII, isto é, até a época da grande indústria, não conseguiu o capital na Inglaterra, com o pagamento do valor semanal da força de trabalho, apoderar-se de toda a semana do trabalhador. Eram exceção os trabalhadores agrícolas. Os demais, podendo viver a semana inteira com o salário de 4 dias, não encontravam nessa circunstância, razão suficiente para trabalhar os outros dois dias para o capitalista "
(Marx, 1975: 311)

A semana de seis dias de trabalho e a extensão da jornada de trabalho muito aquém e além do dia solar passaram a existir com a revolução industrial, quando o operário substituiu o artesão:

"A partir do nascimento da indústria moderna, no último terço do século XVIII, essa tendência transformou-se num processo que se desencadeou desmesurado e violento como uma avalanche. Todas as

fronteiras estabelecidas pela moral e pela natureza, pela idade e pelo sexo, pelo dia e pela noite, foram destruídas. As próprias idéias de dia e de noite, rusticamente simples nos velhos estatutos desvaneceram tanto que um juiz inglês, em 1860, teve de empregar uma argúcia verdadeiramente talmúdica, para definir juridicamente o que era dia e o que era noite. Eram as orgias do capital."
(Marx, 1975: 316)

Segundo Thompson (1988, op. cit.: 28),

"Os primeiros anos da década de 1830 foram marcados por agitações, nas quais os salários tinham importância secundária, que levantaram: os oleiros contra o pagamento de salários em espécie; os trabalhadores têxteis, pelas jornadas de 10 horas; os trabalhadores da construção, pela ação cooperativa direta; todos os grupos de trabalhadores, pelo direito de formação de sindicatos. A grande greve da região mineradora do nordeste, em 1831, girou em torno da segurança do emprego, do pagamento do salário em espécie nas vendas e do trabalho das crianças".

Na Inglaterra, antes que passassem a existir e entrar em vigor, leis específicas regulamentando a jornada e o trabalho do menor e da mulher, a situação nas fábricas, conforme os inúmeros relatórios dos inspetores e fiscais do Ministério do Interior, eram indescritíveis no que concerne às condições, ambientes e jornadas de trabalho a que estavam submetidos, sem qualquer diferenciação, homens, mulheres e crianças.

A primeira lei regulamentando a jornada de trabalho, efetivamente posta em vigor, data de 1833. Ela limitava a jornada de trabalho do menor de 13 a 18 anos ao tempo máximo de 12 horas, entre as 5,30 hs da manhã às 20,30 hs da noite, com intervalo de uma hora e meia para as refeições. Para as crianças entre 9 e 13 anos, a jornada máxima de trabalho foi fixada em 8 hs. O trabalho entre 20,30 hs e 5,30 hs da manhã foi considerado noturno e proibido para menores de 18 anos.

Lei fabril posterior, de 07.06.1844, equiparou as mulheres maiores de 18 anos aos menores dessa idade, para efeito da jornada de trabalho e a reduziu para 6,30 hs para menores de 13 anos. A jornada viria a ser reduzida para 10 hs com a lei de 08.06.1847. Em 07.08.1850, nova lei fabril referendou negociação entre trabalhadores e empresariado, reduzindo o trabalho aos sábados para 7,30 hs, compensando as horas diminuídas com um aumento correspondente de 1/2 hora nos outros dias da semana

para mulheres e adolescentes e definindo o período diurno de trabalho das 6 hs da manhã às 18 hs, preservando a uma hora e meia das refeições.

Essas leis, que regulamentavam exclusivamente o trabalho na indústria têxtil nos anos posteriores foram estendidas às demais atividades industriais. Vejamos como Marx analisa essa extensão de direitos:

"Essas disposições minuciosas que fixam o período, os limites, os intervalos do trabalho de maneira tão militarmente uniforme, de acordo com o relógio oficial, não resultaram de uma criação cerebrina do Parlamento. Desenvolveram-se progressivamente de conformidade com as condições do modo de produção, como suas leis naturais. Sua elaboração oficial e proclamação pelo Estado foram a consequência de uma longa luta de classes. Seu efeito mais imediato foi submeter, na prática, a jornada de trabalho do homem adulto aos mesmos limites, uma vez que a cooperação das crianças, dos adolescentes e das mulheres é imprescindível na maioria dos processos de produção. Em suma, no período de 1844 a 1847, vigorou geralmente o dia de trabalho de 12 horas em todos os ramos industriais submetidos à legislação fabril." (Marx, 1975, op.cit.: 321)

Tais avanços legislativos ao restringir, sem fazer desaparecer, os abusos das extensas jornadas de trabalho, comenta Marx (1975: 337), talvez com excessivo entusiasmo, tiveram reflexos positivos sobre a saúde dos trabalhadores

"...venceu o princípio de regulamentar o trabalho ao triunfar nos grandes ramos industriais que são a criação mais genuína do modo moderno de produção. Seu desenvolvimento maravilhoso de 1853 a 1860, paralelamente com o renascimento físico e moral dos trabalhadores, evidencia-se até aos mais míopes."

A expansão dessa legislação para todos os outros ramos industriais remanescentes foi inevitável, tanto como inevitável foi sua influência sobre a legislação incipiente dos demais países da Europa, em processo de industrialização mais atrasado, e sobre sua classe trabalhadora, estimulada pelo operariado inglês que já iniciara a luta pela jornada de trabalho de 8 hs, segundo pronunciamento de sua representação no Congresso Internacional dos Trabalhadores em Genebra, em setembro de 1866 (Marx, 1975: 343).

O fim da semana de 4 dias e a extensão da jornada de trabalho não seria possível sem que o espaço do trabalho deixasse de ser a oficina ou a casa. É na fábrica que o produtor artesão deixa, afinal, de vender o produto de seu trabalho para fazer do próprio trabalho, mercadoria, medido em horas e cujo valor irá flutuar conforme a oferta. É a excessiva oferta de força de trabalho que vai permitir ao capital baixar seu valor, estender a jornada e intensificar sua exploração. Parece ter sido muito mais a concentração espacial do trabalho na fábrica e a extensão do tempo de trabalho que elevaram, extraordinariamente, a produtividade nos primeiros decênios da revolução industrial, ficando os avanços tecnológicos em segundo plano.

"O controle do trabalho e do trabalhador, sem centralização do emprego era, senão impossível, certamente muito difícil. Reunir os trabalhadores sob um mesmo teto era requisito fundamental para a existência da gerência racional ou científica".
(Braverman, 1981: 68)

A primeira preocupação dessa gerência foi impor aos trabalhadores horas regulares de trabalho. Como lembra o mesmo autor, "o verbo *to manage* (administrar, gerenciar) vem do latim *manus*, quer dizer, mão. Significava antigamente "adestrar um cavalo em suas andaduras". E o controle é, de fato, o conceito fundamental de todos os sistemas gerenciais".

Segundo Marx (1975: 424),

"na manufatura, o ponto de partida para revolucionar o modo de produção é a força de trabalho, na indústria moderna, o instrumental de trabalho".

E adverte ser preciso investigar como e quando esse instrumental se transforma de ferramenta manual em máquina. Interessam, continua:

"os grandes traços, as características gerais, pois, como ocorre com as eras geológicas, não existem linhas de demarcação rigorosas separando as diversas épocas da história da sociedade."

E logo adiante:

"A máquina ferramenta é, portanto, um mecanismo que, ao lhe ser transmitido o movimento apropriado, realiza com suas ferramentas as

mesmas operações que eram realizadas pelo trabalhador com ferramentas semelhantes, mas o número de ferramentas com que o homem pode operar ao mesmo tempo é limitado pelo número de seus instrumentos naturais de produção, seus órgãos físicos”
(1975: 426-427).

Em todo o mundo ocidental, a produção têxtil foi a indústria pioneira da revolução industrial e havia muitas razões para ser assim: uma necessidade e conhecimento ancestrais que se confundiam com a própria história da humanidade, uma técnica leve, simples e bonita, uma demanda crescente com a criação e abertura de novos mercados, mão de obra disponível e pequenos e notáveis avanços técnicos que se agregaram, grande parte advinda de práticos anônimos e que precederam a incorporação do tear mecânico de Cartwright, inventado em 1787.

Ainda na primeira década do século XIX segundo Landes, essa:

“máquina mal chegava a trabalhar mais depressa do que o tear manual tradicional, mas em meados da década de 1820 sua superioridade técnica havia se elevado, para uma proporção de até 7,5 para 1. Um garoto operando dois teares era capaz de produzir até quinze vezes mais do que um artesão doméstico”
(1994: 91).

Sem solução de continuidade e se superpondo à exploração extensiva da força de trabalho com o alargamento da jornada, o trabalho foi se fazendo intensivo, sua intensidade ocorrendo de duas maneiras: induzindo o trabalhador, de várias maneiras, a produzir mais no mesmo tempo e introduzindo tecnologias que, com maior densidade, preenchiam o “tempo morto” ou, como diz Marx, os “poros” da jornada. Em ambas situações, essa condensação causa maior dispêndio e tensão da força de trabalho.

“Essa compressão de massa maior de trabalho num período dado, significa, então, o que realmente é: maior quantidade de trabalho. O tempo de trabalho é medido de duas maneiras: segundo sua extensão, sua duração, e segundo seu grau de condensação, sua intensidade ”
(Marx, 1975: 467).

O primeiro tem uma medida linear, a hora/trabalho, e é, em parte, remunerado; o segundo, tempo condensado, a medida é o sofrimento e a remuneração nenhuma.

Esses diferentes tempos de trabalho, extensivo e intensivo, embora vivenciados dentro do espaço do trabalho repercutem fora, condicionando desfavoravelmente todos os outros tempos do trabalhador. E como o trabalho não se resume ao consumo do tempo, mas também é vida consumida e degradada, ele se escreve, de forma mais ou menos explícita, no seu corpo e em sua mente.

A divisão do trabalho que precedeu o modo de produção capitalista, diversificou o trabalho e os produtos em função de necessidades sociais. Já a pura e simples divisão ou parcelamento do trabalho nesse modo de produção, nada ou pouco tem a ver com necessidades sociais. A decomposição do trabalho em seus componentes mais simples, se fez e faz para reduzir o tempo de produção, na busca do aumento da produtividade e do lucro. Na medida em que os meios e instrumentos de trabalho e os materiais são propriedades do capitalista, prepostos seus assumem a gerência, responsabilizando-se tanto pela concepção como pelo controle do processo de produção e do trabalho, concreto para eles mas abstrato para o trabalhador, trabalho dividido em tarefas simples e desqualificadas. (Marx, 1975: 402-410).

O pior bocado, o pão que se amassa com o suor, ficou para os menos qualificados, facilmente substituíveis e em número crescente, obrigados a trabalhar nas piores condições. Em parte por isso, até os dias atuais, o trabalho fabril se realiza atrás de muros e paredes, talvez, menos por segredos de produção que precisem ser preservados e mais pela vergonha do modo que os trabalhadores são tratados e realizam suas tarefas. Não que o trabalho nas oficinas dos artesãos das cidades medievais ou da pré-revolução industrial poupasse o maltrato e não estivesse profundamente marcado pelo trabalho escravo e servil que o precedeu. Aos aprendizes, freqüentemente menores, eram aplicados corretivos físicos por seus superiores com a autorização tácita dos pais. Essa violência consentida se arrastou por séculos e invadiu o atual. Contudo, nas sociedades modernas os valores morais e éticos são outros, colocando os direitos humanos em patamar diferente.

As condições das fábricas inglesas no século passado eram reconhecidamente desumanas, penalizando duramente as mulheres e, principalmente, as crianças trabalhadoras (Engels, 1985: 157-240). Charles Furrier chamava-as de "*penitenciárias abrandadas*" (Marx, 1975: 260-339; 477-502). Segundo Sidney Pollard existiam poucas regiões na Inglaterra em que indústrias modernas, instaladas em grandes edifícios, não estivessem associadas a prisões, reformatórios e internatos: "*...o moderno proletariado industrial foi levado ao seu papel não tanto pelo atrativo ou recompensa monetária, mas por compulsão, força e medo*" (Braverman, 1980: 67).

Mesmo o trabalho em escritório, como relata Dickens em várias de suas obras, se revestia de uma violência insuspeita.

A legislação específica inglesa cuidou de restringir as extensas jornadas e o trabalho da mulher e do menor, vale dizer, o tempo de sujeição nas fábricas. Sujeição exagerada às poeiras, ao calor, umidade, substâncias tóxicas e à disciplina absoluta ou quase. Os acidentes de trabalho não eram infreqüentes e há descrições e algumas estatísticas sobre eles, mas são mais abundantes e ricos, os relatos de sintomas, doenças e sofrimentos atribuídos ou relacionados ao trabalho ou às condições de vida decorrentes de ter ou não ter trabalho (Engels, 1985, op. cit)

No último quarto do século XIX, a indústria pesada, tendo como carro chefe a metalurgia toma a dianteira do desenvolvimento industrial, sinalizando a emergência de um novo ciclo de desenvolvimento e crise do capitalismo. A produção de aço, ligas metálicas, trilhos, os aperfeiçoamentos do motor de combustão interna, a produção em série de máquinas potentes, locomotivas, navios; a exploração de fontes de energia fóssil impulsionando as indústrias petroquímica, de derivados, transporte e outras que lhes seguem o rastro, passam a exigir uma força de trabalho onde o esforço muscular bruto é um dos atributos necessários. Ela é uma força de trabalho predominantemente adulta, masculina e cada vez mais fabril e urbana. As condições e ambientes de trabalho são piores e mais perigosos pela ação e interação de vários elementos químicos e físicos nesses espaços gigantescos e cheios de maquinário moderno e de operários; por isso, serão os acidentes e doenças do trabalho, de uma ordem e freqüência até então desconhecidas, que expressarão, com brutalidade inaudita e evidência numérica crescente, a patogenia do trabalho industrial, colocando, gradativamente para o segundo plano aquelas doenças decorrentes das condições de vida da classe trabalhadora descritas em relatórios de inspetores e comissões públicas, tanto na Inglaterra como na França e Estados Unidos na segunda metade do século XIX (Rosen, 1994: 157-224). Mas, diga-se de passagem, o reconhecimento da patogenia do trabalho foi e continua sendo parcial e precário.

Aconteceu com a metalurgia e a maioria das indústrias que emergem nessa fase, o mesmo que acontecera com a indústria têxtil em matéria de inovações tecnológicas. Tanto Landes (1994: 97-98) como Hobsbawm (1979: 49-66) assinalam que elas resultaram, predominantemente, da acumulação lenta e anônima de um saber oriundo da prática. O aporte da ciência teórica foi modesto para o desenvolvimento dessas tecnologias, mas vai se tornar cada vez maior, na medida em que a ciência se torna menos especulativa e mais pragmática, em função das demandas agora colocadas diretamente pelo capital. A propósito, diz Braverman (1981, op.cit.: 138):

"A Ciência é a ultima- e depois do trabalho a mais importante- propriedade social a converter-se num auxiliar do capital....O contraste entre ciência como uma propriedade social generalizada, ocasional na produção e ciência como propriedade capitalista no pleno centro da produção é o contraste entre a revolução industrial, que ocupou a metade do século XVIII e o primeiro terço do século XIX, e a revolução técnico-científica que começou nas últimas décadas do século XIX e que prossegue ainda"

Sustenta o mesmo autor que o papel da ciência na indústria alemã foi mais precoce face ao atraso do capitalismo e ao estado avançado da ciência teórica alemã:

"Enquanto a Inglaterra e os Estados Unidos estavam ainda às voltas com aquele empirismo do senso comum que atrofia e desestimula o pensamento reflexivo e a pesquisa científica básica, na Alemanha eram esses mesmos hábitos da mente que estavam sendo desenvolvidos na comunidade científica. Foi por essa razão que a primazia da ciência europeia passou da França para a Alemanha em meados do século XVII, enquanto a Inglaterra permanecia atolada no que J.S.Mill chamava "o dogmatismo do senso comum" respaldado pela norma prática"
(1981: 140-141)

Hobsbawm (1979: 63) também credita, em parte, a esse empirismo e anti-cientismo a responsabilidade pela perda da hegemonia da Inglaterra nas etapas seguintes do desenvolvimento do capitalismo.

O estado alemão teve um papel importante nesse casamento entre a ciência teórica desenvolvida na universidade e a industrialização do país, principalmente nos setores de ponta, como a metalurgia e a química. Em outro contexto, Foucault (1981: 79-111) aponta o papel do Estado alemão na normalização da Medicina e na vigilância sobre a saúde da população a que os médicos estavam obrigados, como necessidade do desenvolvimento de um país que chegara um pouco atrasado em relação aos outros da Europa, e descreve as diferenças com as intervenções do Estado na Inglaterra e França nesse mesmo campo, todas, porém, inclusive a germânica, com a mesma preocupação de uma medicina social, de uma medicina do corpo e da produção. Nesse mesmo contexto se situaria o pioneirismo de Bismarck no campo da seguridade e da assistência médica para trabalhadores (Rosen, 1994, op.cit.: 201).

A incorporação de inovações tecnológicas no processo de produção e das novas formas de organizar e administrar o trabalho que as acompanharam no curso do segundo ciclo, pré-monopolista, e do terceiro, francamente monopolista, de desenvolvimento e crise do modo de produção capitalista, incluindo as metodizações *taylorista* e *fordista* e seus desdobramentos, mantiveram incólume seu objetivo essencial: o aumento da produtividade, vale dizer, do lucro. E como os elementos constitutivos do processo de produção, o trabalho, o objeto do trabalho e o instrumental de trabalho eram os mesmos, para fazer crescer a produtividade precisaria, segundo Marx (1975: 202), ocorrer mudanças significativas, ao menos, em um desses elementos e por extensão nos demais. Para ele, o que muda essencialmente na indústria moderna é o instrumental de trabalho que vai exigir cada vez mais maior massa de trabalho, massa de trabalho extensivo em determinadas fases ou momentos e massa de trabalho intensivo ou condensado em outras.

Com a revolução industrial, os instrumentos, objetos e o próprio trabalho vêm mudando muito, de modo descontínuo, com momentos de maior e menor aceleração. Deslocamentos mais rápidos para patamares mais elevados, ao ocorrer simultaneamente em vários processos e setores de produção, se fazem acompanhar de mudanças importantes, não somente nas atividades produtivas, mas no cotidiano da vida fora do trabalho, identificados com novos ciclos, fases ou novas "*revoluções industriais*", como querem uns ou "*revoluções tecnológicas*", como querem outros; mas as características sociais fundamentais do modo de produção capitalista, bipolar e conflituoso, entre os que vendem força de trabalho, por necessidade e os que a compram, por interesse, se mantêm e são elas que traduzem com maior fidedignidade o quanto têm esses ciclos, fases ou "*revoluções*", de desenvolvimento e crise do sistema. Há sempre, permeando essas mudanças, bruscas ou não, questões de tempo e de espaço dentro e fora do trabalho e questões da propriedade do capital e dos meios de produção, cada vez mais concentrados nas mãos de um menor número de empresas e pessoas, na busca incessante de multiplicação do dinheiro às custas do trabalho dos outros.

"Poupança do trabalho por meio do desenvolvimento da produtividade do trabalho não tem como fim a atingir, na produção capitalista, a redução da jornada de trabalho. Seu objetivo é apenas reduzir o tempo de trabalho requerido para produzir determinada quantidade de mercadoria."
(Marx, 1975: 369).

Longas jornadas de trabalho caracterizaram a primeira fase do capitalismo, de acumulação primitiva e deram margem, nos países que mais cedo se industrializaram, a uma série de revoltas que abalaram o sistema. A jornada oficial de 8 horas de trabalho só veio a ser implantada 140 anos depois, na entrada do segundo decênio do presente século. Jornadas extensas de trabalho acima das oito horas, porém, continuam na ordem do dia, particularmente, nos países de industrialização retardatária e legislação trabalhista atrasada, combinadas sempre com a intensificação do trabalho e a aceleração do processo de produção.

A substituição do trabalho do homem, "*trabalho vivo*", pela máquina, "*trabalho morto*", tem sido acompanhada, paralelamente, pela busca incessante da redução do "*tempo morto*" da produção, ou seja, daquele tempo não ocupado das máquinas e dos homens que as operam, considerado ocioso. O paradigma taylorista-fordista, agora e em parte, é considerado contraproducente ou obsoleto porque "*uma grande quantidade de tempos "mortos" e de tempos "improdutivos" eram gastos com técnicas complexas de balanceamento das cadeias de produção*"(Coriat, 1988: 13-62), ensejando, principalmente após a década de 60, como diz o mesmo autor, "*um processo intenso de pesquisas e de experimentações por parte das empresas em matéria de organização do trabalho e da produção*". A ênfase atual, como afirma, se dá mais no sentido da organização da produção, isto é, na busca da eliminação dos "*tempos mortos*" dos meios e instrumentos de trabalho, que representam o capital fixo e o capital circulante, mas, paralelamente, se faz uma profunda reorganização do trabalho na mesma direção, ou seja, para eliminar os "*tempos mortos*" do trabalho vivo, na medida em que a racionalidade da produção implica na racionalidade do uso da força de trabalho.

Certamente, o uso da força bruta está cada vez menos presente no trabalho moderno. Isso pode induzir à crença da redução da intensidade do trabalho, entendida tradicionalmente como elevação do ritmo da atividade muscular e do gasto calórico, ou seja, do gasto com o esforço físico. Essa mudança de demanda energética, porém, não significa, obrigatoriamente, redução da intensidade do trabalho. A mudança de conteúdo e modos de realizar o trabalho criou novas exigências, mesmo para o sistema ósteo-muscular, obrigado a posturas físicas e a esforços estáticos prolongados ou seguidamente repetitivos, embora leves, de menor consumo calórico na unidade de tempo, mas exaustivos. Também trouxe exigências novas para outros sistemas e aparelhos, sobretudo para o psíquico, devido à atenção e tensão maiores, em decorrência da velocidade do processo produtivo, do valor de troca das mercadorias ou produtos e das mudanças dos meios e instrumentos de trabalho trazidas com as novas tecnologias. Como, aliás, diz Coriat (1988:58):

"...pode-se demonstrar que no tocante ao período contemporâneo, as formas inovadoras, organizacionais e tecnológicas nascem da exigência de renovar as técnicas de controle do trabalho vivo, numa época em que o paradigma do trabalho parcializado e repetitivo mergulha em crise de eficácia. Tanto no caso das soluções organizacionais (grupos autônomos, círculos de qualidade, Kan-ban) quanto nas tecnologias, trata-se de aprofundar as técnicas de organização, visando renovar os métodos tradicionais de controle do trabalho".

E controle do trabalho é, muito mais do tempo de trabalho do que propriamente do objeto de trabalho, cada vez mais a cargo das máquinas *robotizadas*.

A revolução industrial, caracterizada por profundas transformações na produção e circulação de mercadorias, modificou, também e profundamente, os modos de viver das populações e pessoas. A predominância gradativa da produção industrial sobre a agrícola deslocou a força de trabalho para as fábricas e as cidades em crescimento e, mais recentemente, as segregou nos seus subúrbios (Lefebvre, 1969), para fora dos seus bens culturais, expropriando o tempo do trabalhador, não somente do trabalho, como o de ida e volta do trabalho e o de lazer; e se as horas de refeição foram, afinal e relativamente preservadas, o espaço onde elas se realizam passou a ser o próprio local de trabalho ou suas redondezas. A força de determinação do modo de produção capitalista vai além, na medida em que determina não apenas por quanto tempo e em que espaços, mas como a classe trabalhadora ativa e não ativa deve morar, o que pode comer, como dormir, distrair-se, amar, se reproduzir e os modos de adoecer e morrer. Em resumo, determina a vida das pessoas.

A transposição da hegemonia da produção do campo para a cidade e do setor agrícola para o industrial, o deslocamento da força de trabalho e o crescimento das cidades se fizeram acompanhar do nascimento de outras categorias de trabalhadores não necessariamente ligados à produção de bens materiais duráveis e semi-duráveis, entre elas, a dos trabalhadores de escritório, do comércio e de serviços. Tais atividades e força de trabalho existiam antes da revolução industrial, mas estavam longe de ter a expressão econômica e social dos tempos modernos porque o trabalho complementar de troca e venda, em um mundo bem menor, era exercido pelos próprios artífices e aprendizes ou pelo próprio produtor.

O crescimento extraordinário da produção industrial e da sua força de trabalho no segundo ciclo do capitalismo, mais evidente nos três últimos decênios do século passado e ainda mais expressivo no atual, o deslocamento das fronteiras para além do oceano conhecido, o crescimento da população mundial ensejaram uma expansão

correspondente do setor terciário da economia, isto é, das atividades e locação de força de trabalho no comércio, nos transportes, nas comunicações, em serviços de toda ordem, grande parte locada agora em *escritórios*.

A atual fase de desenvolvimento e crise do capitalismo, francamente oligopólica, sem perder as características básicas desse modo de produção, tem outras novas no que concerne aos instrumentos de trabalho e à sua incorporação, ao perfil da força de trabalho e sua locação e às formas de o capital se relacionar com ela.

A automação dos instrumentos de trabalho, mais acelerada nos quatro últimos decênios do século, principalmente nos dois últimos, vem reduzindo a necessidade de força muscular bruta, mesmo na indústria pesada, abrindo, lentamente, maior espaço para a força de trabalho feminina. Com a expansão e o elevado nível de automação industrial, ao mesmo tempo que a produtividade aumenta, decresce, relativamente, a necessidade da força muscular no trabalho industrial. Por outro lado, com o aumento da produção e da produtividade, as atividades de comércio, serviços e escritório crescem, passando o setor terciário a ser o setor de maior concentração e multiplicação do capital e maior locador de força de trabalho. E é nele que hoje se encontra o maior contingente de trabalhadores dos dois gêneros, com predominância feminina em raras atividades.

São múltiplas as conseqüências dessas transformações, hoje bem caracterizadas, começando por novas definições de tempo e espaço. O espaço da família encolheu com a ida mais freqüente da mulher para o trabalho fora de casa. Com isso o cuidado com os filhos foi, ao menos em parte, transferido para instituições normalizadas pelo Estado: a creche, a escola e congêneres. Os afazeres domésticos, até certo ponto, estão sendo comprados de terceiros. Os outros tempos da vida são tragados, direta ou indiretamente pelo trabalho: quando não se está trabalhando ou se transportando para o trabalho ou comprando coisas, se está procurando trabalho.

Sim, porque se de oitenta anos para cá, a jornada de trabalho permaneceu em torno de oito horas, a produtividade aumentou desmesuradamente com a automação e a intensificação do trabalho. O resultado tem sido de um crescimento do número de postos de trabalho desproporcionalmente menor que a força de trabalho disponível, aumentando o que analistas econômicos chamam de "*desemprego estrutural*", fenômeno marcante dessa nova fase do capitalismo. É bem verdade que o desaparecimento de diversas ocupações têm se feito acompanhar, embora de modo desigual e menor, pelo surgimento de outras ocupações, algumas de elevada qualificação em áreas restritas, mas a maioria caracterizada pela baixa qualificação, tanto na fábrica, como no comércio e escritório.

Apenas entrevistas nas taxas de mortalidade geral da população, a morbidade e mortalidade da classe trabalhadora constituem duas das expressões mais perversas da

desigualdade do conflito entre o capital e o trabalho. Suas mudanças, por outro lado, expressam, ao mesmo tempo, as diferenças entre os diversos ciclos de desenvolvimento e crise do sistema e as transformações das classes sociais e categorias de trabalhadores dentro e fora do trabalho. No atual ciclo, o número de acidentes mortais e típicos de trabalho tende a cair, embora esteja longe de desaparecer; continuando a diminuir as doenças e as mortes por uma série de doenças infecto-contagiosas e parasitárias "*evanescentes*". Crescem, porém, as mortes por acidentes de trânsito, os homicídios e suicídios e aumenta a mortalidade por câncer e por doenças cardio-vasculares e respiratórias. Aumentam, também, as doenças mentais, ósteo-musculares, digestivas e metabólicas, que raramente conduzem a morte. Perfís de morbidade e mortalidade, percebe-se, bem diferentes das descrições de Engels e Marx quando da emergência da revolução industrial, e por diversos outros autores nos momentos seguintes, que acabaram por conformar novas disciplinas médico-sociais, como a epidemiologia e a medicina ocupacional e o exercício de uma medicina do capitalismo industrial.

As taxas de mortalidade tendem agora a refletir, de maneira cada vez mais distanciada, a morbidade da classe trabalhadora e, por conseguinte, da população porque as doenças que hoje mais a atingem raramente levam à morte. Há, pois, de se avançar nas investigações sobre o trabalho, enquanto categoria analítica, seus conteúdos e patogenia, de se buscar ou aperfeiçoar instrumentos e indicadores mais sensíveis da morbidade específica por categoria de trabalhadores ou de categorias afins, ensaiada em outros países e entre nós apenas sugerida (Rummel, 1987; Possas, 1989) e tomar em conta, sempre, o ciclo e desníveis de desenvolvimento capitalista de cada país e região e as forças sociais em conflito.

Força de trabalho e industrialização no Brasil

No Brasil, até por sua lenta entrada na história moderna, as transformações que ocorrem nos países que primeiro fizeram a revolução industrial, vêm tendo repercussões tardias. Na ocasião da revolução industrial inglesa, a produção brasileira, de natureza extrativa e agrícola, ainda estava assentada, predominantemente, no trabalho escravo, regime de trabalho que persistiu até a penúltima década do século XIX. Mesmo antes, nos três primeiros quartos de sua existência histórica, o país vivenciou os efeitos das transformações progressivas do sistema produtivo mundial, na condição de espectador pouco privilegiado, condição agravada por ser colônia distante de uma monarquia européia, que no século XVIII apresentava sinais de franca decadência. Por sua vez, o regime de propriedade de terra baseado no latifúndio e a

longa permanência do trabalho escravo que lhe dava sustento, foram outros entraves importantes ao desenvolvimento das forças produtivas nacionais.

No Brasil colonial, a incipiente e pobre produção artesanal e manufatureira foi sufocada pela importação de produtos europeus, ingleses sobretudo, e acabou tendo pouca expressão (Prado Jr, 1973: 257-269). Ela requeria homens livres, que trabalhando, aprendiam a criar. O regime fabril também os queria livres para que, simplesmente, vendessem força de trabalho. Não é de admirar que as classes dominantes brasileiras, até o primeiro quarto do século atual, hegemonicamente de origem rural, desprezassem tanto o trabalho manual, que apenas viam como coisa de escravos e agora de assalariados, tanto que obstaculizaram como puderam o fim da escravatura e o advento das novas relações de trabalho no campo e na cidade até que a cultura e a internacionalização do café, acabaram impondo-as, patrocinando o Estado brasileiro a migração de trabalhadores livres da Europa (Prado Jr, 1973, op.cit.: 189).

No entanto, dos 750.000 estrangeiros que entraram no Estado de São Paulo depois de 1884, grande parte terminou abandonando as atividades agrícolas e se fixando em sua capital por falta de oportunidade de trabalho e pelo incremento das atividades econômicas urbanas. Em 1893, das 54.540 pessoas ocupadas na cidade de São Paulo, 36.992 (68%) eram estrangeiras. Em 1890, no Rio de Janeiro, das 113.301 pessoas ocupadas em atividades manufatureira, artística, de transportes terrestres e marítimos e de comércio, 51.567 (45,5%) eram estrangeiras (Basbaum, 1976:137-144).

A participação estrangeira na força de trabalho do país continuou crescendo em termos absolutos, embora proporcionalmente viesse a declinar com o crescimento da população nascida no país. No último decênio do século passado, o Estado de São Paulo recebeu 412.298 imigrantes, o Rio Grande do Sul, 108.771 e o Rio de Janeiro, 70.298. Em 1906, no Rio de Janeiro, do total de 271.429 pessoas ocupadas nas diversas atividades econômicas, 112.581 (41,5%) eram de outros países (Fausto, 1977: 13-37)

Segundo o mesmo autor (1977: 106), as condições gerais de trabalho urbano no Brasil nos primeiros anos do século, ao menos nas empresas maiores, correspondiam ao modelo de acumulação da primeira fase do capitalismo industrial, acrescentando ele: "*Se o quadro genérico é este, as diferenças específicas de setor, de ramo a ramo, são muito grandes. Quantitativamente, a estrutura da indústria se caracteriza pela pequena empresa, de mínima capitalização e de base técnica artesanal, (embora), as unidades maiores concentrem uma parcela considerável de população trabalhadora*". E exemplifica: em 1919, os estabelecimentos de 500 ou mais operários, tanto em São Paulo, como no Rio, representavam em torno de 36% do total da força de trabalho ocupada na indústria.

À semelhança da primeira fase da revolução industrial inglesa, a indústria têxtil nacional, no início da nossa industrialização, foi a que mais absorveu força de trabalho operária: 40,1% dos operários do Rio de Janeiro e 45,7% dos de São Paulo estavam empregados no setor têxtil, segundo o recenseamento de 1920. As demais, isoladamente, vinham com percentuais sempre abaixo de 22%. Todas eram indústrias leves, à exceção, talvez, da metalurgia, cujos percentuais de força de trabalho operária estavam abaixo de 10% nos dois principais estados brasileiros. Apenas treze metalúrgicas, sendo dez em São Paulo e três no Rio, tinham entre 200 a 500 operários.

Mesmo o crescimento da indústria pioneira, a têxtil, foi muito lento, tardio e disperso. Em torno de 1850, existiam somente 4 fábricas na Bahia com 108 teares e outras menores nas províncias de Alagoas, Minas Gerais, Pernambuco, Maranhão e Rio Grande do Sul, movidas a carvão vegetal e voltadas para o consumo local, exceção, talvez, da produção baiana. Em 1885, o país contava com 48 fábricas, sendo 13 em Minas Gerais, 12 na Bahia, 11 no Rio, 9 em São Paulo e 3 em outros Estados. Das nove fábricas têxteis, cinco estavam em território baiano.

Em 1889, o censo registrava 636 estabelecimentos industriais, 60% dos investimentos de capital se destinando à indústria têxtil. A excessiva descentralização desse processo de industrialização é sintomática dos baixos investimentos de capital para uma produção pequena, voltada estritamente para o mercado provincial e com peso pouco significativo sobre o total da produção nacional, assentada nas lavouras de exportação. Não é de admirar os grandes investimentos de capital realizados, a partir de 1850, para a construção de linhas férreas e compra de locomotivas, vagões e trilhos, afim de ligar as regiões produtoras de açúcar e café aos portos brasileiros. Em 1885, o país já dispunha de 10.504 Km de linhas férreas em Pernambuco, Bahia (Bahia/Juazeiro), São Paulo (São Paulo/Santos/Jundiaí), São Paulo/Rio e Paraná (Paranaguá/Curitiba). Cresciam as atividades econômicas terciárias de transportes e comércio e cresciam as cidades, especialmente as portuárias ou próximas aos portos, sem que houvesse um crescimento industrial significativo (Basbaum, 1976, op.cit: 129).

Em 1889, quando a república é proclamada, de uma população de 14 milhões, quase 1 milhão (7,1%) tinham saído um ano antes do cativeiro e apenas uns 300 mil (2,1%) ,entre brasileiros e estrangeiros, trabalhavam em estabelecimentos industriais. Em 1900, para uma população ocupada de nove e meio milhões, cinco milhões (53,4%) estavam na agricultura, quatro milhões (43,2%) em atividades terciárias e somente 321 mil (3,4%) trabalhavam em indústrias.

Observe-se que o setor terciário cresceu muito antes do setor industrial. J.F.Normano, segundo Basbaum (1976, op.cit.: 130) afirma que entre 1849 e 1889, os investimentos de capital na indústria teria sido apenas de 20,6% dos investimentos

totais do país e desses, 11% foram realizados apenas entre 1885 e 1889. Assim, somente nesse curto período de cinco anos é que se poderia falar em investimento de capital na indústria.

Apesar da industrialização ter pequeno peso no processo de desenvolvimento do capitalismo brasileiro no século XIX, a indústria têxtil cumpriu o mesmo papel que desempenhou a indústria têxtil inglesa, se constituindo até o final do segundo decênio do presente século, no *"único ramo realmente fabril, apresentando o maior grau de mecanização, de concentração de operários por unidade, de utilização de energia elétrica em lugar da precária máquina a vapor"* (Fausto, 1977, op.cit.: 107).

Em 1907, do total de 63 estabelecimentos industriais com mais de 200 operários situadas no antigo Distrito Federal, 27 (42,8%) eram têxteis, 7, metalúrgicas e 7, de vestuário e toucador; os outros 22 se repartiam entre os ramos de alimentação, químico, cerâmica, construção naval, aparelhos de transporte e móveis. Dos 11 estabelecimentos com mais de cem e menos de mil operários, 7 (63,6%) eram têxteis e 4, de alimentação, construção civil, químico e aparelhos de transporte. Dos 8 com mais de mil operários, 7 (87,5%) eram têxteis e um da construção civil.

Em 1919, nos mesmos centros, do total de 121 estabelecimentos industriais com mais de duzentos operários, 52 (42,9%) eram têxteis, 22 de vestuário e toucador, 15 de alimentação, 13 de metalurgia, os demais se repartindo entre ramos de cerâmica, químico, de aparelhos de transportes, de móveis, culturais e produção e transferência de forças físicas. Dos trinta com mais de quinhentos e menos de mil operários, 18 (60,0%) eram têxteis, 4 de alimentação, os demais sendo de cerâmica, vestuário e toucador, químico e de aparelho de transporte. Dos 17 com mais de mil operários, 14 (82,3%) eram têxteis e os demais dos ramos de alimentação e cerâmica.

No mesmo ano, o ramo têxtil absorvia mais de 40% da força de trabalho industrial nos dois principais pólos industriais do país, mais precisamente, 40,1% no Rio e 45,7% em São Paulo. Bem mais abaixo vinham os ramos de vestuário e o da alimentação variando o primeiro entre 22,2% (RJ) e 13,8% (SP) e o segundo entre 15,2% (RJ) e 14,7% (SP); Em seguida, vinham no Rio, os da metalurgia (10,4%), químico e análogos (7,2%) e de cerâmica (4,9%) e em São Paulo, o de cerâmica (12,3%), de metalurgia (7,3%) e químico e análogos (6,2%) (Fausto, 1977, op.cit.: 108-112).

Em síntese, o ramo têxtil foi o que mais cresceu nesse período e suas fábricas concentravam maior contingente de força de trabalho por unidade fabril. À época, todas as atividades fabris, inclusive a de metalurgia, eram de bens de consumo e não de bens de produção. As únicas exceções seriam os dois estabelecimentos de construção naval, um com mais de quinhentos operários e outro com mais de mil, em 1907, no Rio de Janeiro, e que não aparecem no recenseamento de 1920. A inferência

a ser feita é que todo o maquinário e quase todo instrumental industrial eram importados. Ou seja, inexistia indústria pesada no país

De todos os ramos industriais, o que absorvia maior volume de força de trabalho feminina era também o têxtil. Em 1912, dos 10.204 operários de 31 fábricas de tecidos no Estado de São Paulo, 6 801 (66,6%) eram do gênero feminino (Carone, 1970: 193; Ribeiro, 1986: 147-162). A hegemonia feminina no trabalho têxtil, também presente na indústria paulista, decresceu nos anos seguintes. No Rio de Janeiro, em 1919, apesar da expressiva participação do gênero feminino (42,8%), a predominância passou a ser masculina.

A presença da força de trabalho masculina, maior nos outros principais ramos industriais, variava, com percentuais mínimos de 55,7% (RJ) e 62,6% (SP) na indústria de vestuário e toucador e máximos de 94,5% (RJ) e 94,0% (SP) na metalúrgica. Com ressalva para as indústrias metalúrgica, cerâmica e algumas ocupações no ramo da alimentação, pode se atribuir a predominância absoluta da força de trabalho masculina nas outras atividades industriais à necessidade de força muscular bruta.

A indústria têxtil no Brasil, apesar de hegemônica e do seu papel histórico e importante dentro do produção fabril, não sucedeu a uma produção artesanal ou manufatureira preexistente e significativa. Provavelmente, essa foi a razão principal de o processo brasileiro de industrialização não encontrar aquelas tenazes resistências havidas nos países cedo industrializados, de forte tradição artesanal e de séculos de trabalho livre. Apesar disso, os movimentos sociais do operariado nacional em formação, que eclodem nesse ramo e no ferroviário e da construção civil, no primeiro decênio do século XX, tiveram como fundamentos as mesmas reivindicações do operariado inglês de quase um século atrás: a redução da jornada e a melhoria das condições de trabalho (French, 1995: 20-29; Carone, 1970, op.cit.:215-235; Fausto, 1977:133-150).

No segundo decênio do presente século, a presença da mulher como força de trabalho no país não foi mais expressiva na indústria têxtil, nem em qualquer outra, provavelmente, porque havia excesso de oferta de força de trabalho masculina devido ao crescimento da população e ao processo migratório do campo para a cidade.

A presença da força de trabalho do menor foi significativa na indústria têxtil brasileira, desde as primeiras tentativas para sua implantação e as razões alegadas por empresários e arautos dessa exploração foram as mesmas dos industriais da fase inicial da industrialização inglesa e de outros países europeus e dos Estados Unidos: a delicadeza e a agilidade requeridas, igualmente invocadas para o recrutamento de mulheres. (Rosen, 1994, op.cit.: 206-213; Ribeiro, 1986, op.cit.p.23-42)

Falta de capital e tecnologia, localização distante do litoral das jazidas brasileiras de ferro, indisponibilidade de energia e transportes e ausência de mercado são algumas das explicações dadas para o despontar tardio da indústria pesada no Brasil. São plausíveis, mas elas nunca se constituíram em obstáculos intransponíveis para o capital, tanto que em 1921 é instalado um alto forno em Sabará, Minas Gerais, utilizando lenha como combustível, de propriedade da Companhia Belgo-Mineira, empresa de capital e tecnologia estrangeiros.

Em 1931, a produção siderúrgica brasileira continuava irrisória: 71 mil toneladas entre aço, ferro gusa, laminados e outras peças, destinadas, principalmente, à construção. Ela dará origem a pequenas indústrias metalúrgicas de objetos de ferro, aço e maquinário leve, em S. Paulo e, em menor proporção, no Rio de Janeiro (Prado Jr., 1973, op.cit.:269). Somente em meados do século, com a Companhia Siderúrgica Nacional (CSN), instalada em Volta Redonda, é que se pode falar, afinal, em uma produção siderúrgica nacional, capaz de ensejar o desenvolvimento de uma indústria pesada no país. Como se vê, a indústria pesada no Brasil veio a existir, com uma defasagem de tempo em relação à inglesa de quase um século, muito próxima àquela da nossa indústria têxtil em comparação com a inglesa.

Essas passagens de lugar, do modo de produção das sociedades matriciais para as sociedades periféricas, as primeiras mudando rapidamente e as últimas refletindo essas mudanças com enormes diferenças de tempo e conteúdo, temperadas por condições históricas, econômico-sociais e culturais desiguais, fizeram e fazem com que um país como o Brasil viva situações, às vezes, pouco compreendidas. Mas as semelhanças e as disparidades são muitas. Aqui, como lá, há divisão de classes, de gêneros e discriminações. Correm, paralelas, diferenças regionais de desenvolvimento, de distribuição de renda, de poder, de oportunidades e de trabalho e, consequentemente, de modos de viver, adoecer e morrer. Lá, como aqui, os que ordenam são executivos, gerentes, políticos e doutores que integram ou se perfilam ante as classes dominantes. Mas as nossas diferenças são abissais, de linguagem inclusive, até porque, os que tudo ou muito podem e têm não se preocupam em ser entendidos e menos ainda em entender ou sequer ouvir os dominados.

As diferenças de desenvolvimento das diversas regiões do país, dentro de um mesmo modo de produção, mostram a precariedade das periodizações temporais absolutas e das médias estatísticas. No mesmo espaço geográfico ou Estado, há setores produtivos em "*ilhas*" e regiões bastante modernos com renda per-capita elevada, próximas a outras com modos de produzir e relações de trabalho arcaicos e condições miseráveis de vida. Essa disparidade também ocorreu na Grã-Bretanha, em países da Europa e nos EUA nos séculos XVIII e XIX e ocorre no presente, mas sem distâncias tão largas, como as existentes no Brasil atual.

A evolução da população e a locação da força de trabalho brasileira por setores de atividades econômicas permitem algumas inferências sobre as mudanças e deslocamentos das forças produtivas e da importância de cada um dos setores no desenvolvimento do capitalismo nacional. Há, porém, uma heterogeneidade metodológica muito grande na produção e reprodução dos dados, quase todos originários ou projetados dos censos demográficos e estatísticos nacionais, que só passaram a ser decenais, a partir de 1940.

Convém insistir que o processo de industrialização brasileiro é tardio e dependente. Se, por exemplo, podermos falar em uma fase de acumulação primitiva do capital entre 1872 a 1920 no país, é preciso salientar que ela se dá em um contexto internacional, já vivendo um ciclo mais adiantado, pré-monopolista. E se a ressalva deve ser feita a esse período, mais ainda nos seguintes, porque a monopolização e oligopolização da produção viriam a ocorrer de fora para dentro, com escassa margem de autonomia para o desenvolvimento capitalista nacional.

Começemos com alguns comentários sobre o crescimento demográfico da população brasileira entre 1872 a 1991, sintetizado na tabela 1.

Tabela 1-População brasileira e taxas de crescimento (%) de 1872/ 1991.

<i>Ano</i>	<i>População</i>	<i>%</i>
1872	10.112.061	-
1900	17.818.556	76,6
1920	30.635.605	71,9
1940	41.236.315	34,6
1950	51.944.397	26,0
1960	70.191.370	35,1
1970	93.139.037	32,7
1980	119.070.865	27,8
1991	146.825.475	23,3

Fonte: Censos Demográficos do Brasil, 1972/ 1991.

Embora haja um crescimento contínuo, houve uma queda acentuada de seu ritmo entre as décadas de 1920 a 1940, em relação às duas precedentes e às duas seguintes, recuando a taxa de crescimento de 71,9% em 1920 para 34,6% em 1940. É provável que ela esteja relacionada à elevação da mortalidade devida à epidemia da "gripe espanhola" de 1918 (Costa, 1985: 33-35). A taxa de crescimento vai se recuperar, passando a 26% entre 1940 e 1950, atingindo 70,2% entre 1940 a 1960 e 69,6% entre 1960 e 1980. Mas a partir de 1960 ela passa a ser nitidamente

decrecente, caindo de 35,1% em 1960 para 23,3% em 1991. Essa última desaceleração se deveu à diminuição induzida da natalidade.

A tabela 2 traz a distribuição da população brasileira por faixas de idade no mesmo período.

Tabela 2-Distribuição percentual por faixa etária da população brasileira. 1872/ 1991

<i>Faixa Etária/ Ano</i>	<i>1872</i>	<i>1900</i>	<i>1920</i>	<i>1940</i>	<i>1950</i>	<i>1960</i>	<i>1970</i>	<i>1980</i>	<i>1991</i>
<i>00 a 04</i>	10,6	17,2	15,0	15,6	16,1	15,9	14,8	14,0	11,2
<i>05 a 09</i>	12,4	15,0	14,9	13,9	13,5	14,5	14,5	11,9	11,9
<i>10 a 14</i>	12,4	11,8	12,7	12,9	12,1	12,2	12,7	11,3	9,6
<i>15 a 19</i>	10,9	10,7	13,8	10,7	10,6	10,2	11,0	11,2	10,2
<i>20 a 49</i>	39,0	36,8	34,6	37,6	38,1	36,9	36,1	31,6	41,3
<i>+ 50</i>	14,1	8,4	8,9	9,1	9,3	10,1	10,7	12,7	13,7

Fonte: ibidem.

Observe-se a estagnação da população na faixa etária de 0 a 4 anos, em torno de 15% até 1940 e sua queda progressiva, a partir de 1950, até os atuais 11,2% em 1991, provavelmente provocada pela alta mortalidade infantil. Reparar, também, nos últimos quatro decênios, o decréscimo discreto mais contínuo das populações nas faixas etárias de 5 a 14 anos, a estabilização da taxa entre 15 e 19 anos, o crescimento nítido da faixa etária de 20 a 49 anos no último decênio e um discreto, mas permanente crescimento da faixa da população acima dos 50 anos, configurando o que alguns demógrafos costumam chamar de "*transição lenta do perfil demográfico*", transição com predomínio da população adulta sobre a população de menores de idade, detectada pelo censo de 1980. Ainda assim, é bom lembrar que, segundo o censo mais recente (1991), 86,3% da população brasileira tinham menos de 49 anos e 45% menos de 19 anos, ou seja, a população brasileira continua sendo muito jovem.

A participação de estrangeiros na população residente, crescente em termos percentuais até 1900 veio a cair na segunda década do século e nas seguintes, mesmo em termos absolutos. Eles eram 382.041 (3,8%) em 1872, 1.256.806 (7,3%) em 1900, 1.565.961 (5,1%) em 1920 e 1.283.83 (3,1%) em 1940 e 1 milhão depois de 1950.

A tabela 3 traz a evolução da população economicamente ativa (PEA) por setor econômico. Em virtude dos critérios diferentes de classificação dos censos anteriores, construímo-la com dados a partir do censo de 1940, quando eles se tornaram mais homogêneos.

Tabela 3-População brasileira economicamente ativa por setor da economia.1940/1990 (em 1.000)

Ano	Primário		Secundário		Terciário		total
	N	%	N	%	N	%	N
1940	9726	65,9	1518	10,3	3514	23,8	14758
1950	10254	59,9	2347	13,7	4516	26,4	17117
1960	12163	53,7	2963	13,1	7525	33,2	22651
1970	13091	44,6	5295	18,1	10953	37,3	29339
1980	13109	29,4	10694	24,0	20810	46,6	44615
1989	14834	23,7	14368	22,9	33418	53,4	62620
1991	-	-	-	-	-	-	64467

Fonte: Censos estatísticos do Brasil,1940/1991

A população economicamente ativa (PEA), em cinco décadas, quadruplicou, passando de 14 milhões em 1940 para 64 milhões em 1991, em função da taxa de natalidade positiva, conquanto decrescente, e da expressiva queda da mortalidade infantil nos dois últimos decênios. Variações tão expressivas não ocorrem em países já desenvolvidos, cujos perfis demográficos e estatísticas vitais passaram por mudanças similares há várias dezenas de anos.

Observe-se que o crescimento absoluto da força de trabalho nacional se deu nos três setores de atividades, porém, em proporções e ritmos bastante diferentes. A PEA do setor primário cresceu 1,5 vezes, a do setor industrial, 9,5 vezes e a do setor terciário, também, 9,5 vezes. A partir desses dados, pode-se falar em "*deslocamento*" da força de trabalho nacional das atividades primárias (agricultura, pecuária, caça e pesca e extração vegetal) para as atividades secundárias (industriais) e terciárias (comércio, serviços e escritórios). É um deslocamento da força de trabalho no tempo e não necessariamente de pessoas no espaço geográfico. Certamente um fluxo migratório importante existiu e persiste, embora tenha perdido força nos dois últimos decênios como fenômeno demográfico e social.

O censo de 1980 revelou que 46,3 milhões de brasileiros não residiam nos municípios onde haviam nascido e a última pesquisa nacional de amostra por domicílio (PNAD/1993) permite inferir que 23,6 milhões não residem no mesmo estado onde nasceram. Mas o fato de mudarem de um município ou estado para outro não quer dizer, necessariamente, que mudem de atividade e ocupação, salvo quando a mudança se faz do campo para a cidade. Sem dúvida, o êxodo rural foi muito intenso até os anos 70, sobretudo para a região sudeste, mas veio enfraquecendo nos últimos vinte anos, principalmente, na última década. Por isso, pode-se inferir que o aumento extraordinário da PEA nos setores secundário e terciário da economia brasileira, que

em décadas precedentes à de 70 teve um componente expressivo da força de trabalho migrante, se deve agora à reprodução da força de trabalho urbana, resultado do crescimento autóctone das populações das cidades nesses últimos quinze anos.

A tabela 4 dá as PEA por ramos de atividade econômica e taxas de crescimento entre 1950 e 1980.

Observe-se que o crescimento da PEA do setor primário passou a ser negativo a partir de 1980. Entre 1950 e 1980, a PEA do setor industrial cresceu 344%, cabendo 331% à indústria de transformação e 442% à indústria da construção civil. Esse crescimento foi muito acelerado a partir da década de 60, primeiramente, por conta da indústria de construção civil e na década seguinte, das indústrias de transformação.

Tabela 4- População economicamente ativa por setor e atividade econômica e taxas de crescimento (%).1950/ 1980 (em 1.000)

<i>SETOR/ATIV.</i>	<i>1950</i>	<i>1960</i>		<i>1970</i>		<i>1980</i>	
	<i>N</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Primário</i>	10.252	12.276	19,7	13.087	6,6	12.661	-3,3
<i>Secundário</i>	2.426	2.940	21,2	5.293	80,0	10.772	103,5
<i>Transf</i>	1.608	1.954	21,5	3.241	65,9	6.939	114,1
<i>C.Civil</i>	584	781	33,7	1.719	120,1	3.171	84,4
<i>Outros</i>	234	204	-12,8	333	63,2	661	98,5
<i>Terciário</i>	4.434	7.532	69,9	11.174	48,4	19.802	77,2
<i>Comércio</i>	943	1.478	56,7	2.247	52,0	4.037	79,7
<i>Transp/Com</i>	637	977	53,4	1.167	19,4	1.800	54,2
<i>Serviços</i>	1.781	3.028	70,0	3.925	29,6	7.032	79,2
<i>Ass.Social</i>	396	755	90,7	1.531	102,8	2.971	94,1
<i>Adm.Pública</i>	512	712	39,0	1.152	61,8	1.722	49,4
<i>Outros</i>	163	580	255,8	1.150	98,2	2.238	44,4
<i>Total</i>	17.117	22.750	22,9	29.557	29,9	43.235	46,2

Fonte:Ibidem.

No mesmo período, a PEA do setor terciário cresceu 346%, sendo 328% às custas das atividades do comércio, 182% às de transporte e comunicações, 294% às de serviços, 650% às de assistência social e 236% às atividades de administração pública. O crescimento do setor já se mostrava acelerado na década de 50, com taxas de crescimento acima de 50%, a exceção da administração pública e serviços de assistência social que acusavam um crescimento bem menor. A PEA nessas duas últimas atividades aceleraram seu crescimento na década de 60, enquanto as demais

desaceleraram. Na década de 70 todas as atividades desse setor acusaram taxas de crescimento acima de 44%.

A tabela 5 contém a distribuição da PEA do mesmo período por gênero.

Tabela 5-População brasileira economicamente ativa por gênero Período: 1950/1991 (em 1.000)

G	1950		1960		1970		1980		1991	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
M	14609	85,3	18673	82,0	23.391	79,1	31.392	72,6	41.599	64,5
F	2507	14,7	4076	18,0	6.165	20,9	11.842	27,4	22.868	35,5
T	17117	100,0	22750	100,0	29.557	100,0	43.235	100,0	64.467	100,0

Fonte:ibidem

Entre 1950 e 1991, houve um crescimento da PEA da ordem de 276,6%, mas a taxa de crescimento foi desigual para os dois gêneros. A taxa de crescimento masculina foi da ordem de 184,7% e a feminina, da ordem de 812,2%, isto é, quatro vezes maior. A incorporação da mulher como força de trabalho foi o dobro da masculina nas décadas de 50 e 60 e triplicou nas décadas de 70 e 80.

A tabela 6 permite conhecer como essa incorporação da força de trabalho dos dois gêneros ocorreu no período.

Tabela 6-Percentuais da população brasileira economicamente ativa por gênero, setor e atividade econômica, 1950/ 1980

SETOR/ATIVIDADE	1950		1960		1970		1980	
	M	F	M	F	M	F	M	F
Primário	92,6	7,4	90,0	10,0	90,4	9,6	87,2	12,8
Secundário	83,8	16,2	83,0	17,0	88,0	12,0	83,4	16,6
I.Transf.	76,1	23,9	75,2	24,8	81,2	17,8	76,0	24,0
C.Civil	99,3	0,7	99,1	0,9	99,1	0,9	98,2	1,8
Terciário	70,8	29,2	68,7	31,3	61,8	38,2	57,3	42,7
Comerc	90,8	9,2	88,5	11,5	83,7	6,3	72,5	17,5
Tr./Com	95,6	4,4	96,0	4,0	94,9	5,1	92,2	7,8
Serviços	47,7	52,3	49,9	50,1	37,8	62,2	43,5	56,5
Ass.Social	39,4	60,6	41,8	57,2	34,4	65,6	28,6	71,4
Adm.Pub.	91,3	8,7	88,7	11,3	86,1	23,9	78,6	21,4

Fonte:ibidem

Como se vê, o crescimento da participação da força de trabalho feminina se deu nas atividades econômicas do setor terciário, maior no comércio e assistência social, mais discreto nas de serviços e na administração pública. Nas indústrias de transformação e da construção civil não houve aumento da PEA feminina, muito discreto nas atividades primárias.

Há alguns outros aspectos relevantes a destacar em relação à força de trabalho. Um diz respeito à relação de emprego e remuneração. Infelizmente os dados disponíveis não permitiram a construção de uma série histórica. Os do censo de 80, porém, informam que de uma PEA de 43,7 milhões, apenas 28,6 milhões (65,3%) estavam empregados, 10,6 milhões (24,4%) viveriam como autônomos, 2,2 milhões (5,7%) não recebiam qualquer remuneração e 1,1 milhão (2,6%) seriam empregadores.

Quanto à remuneração, pelo mesmo censo, 5,1 milhões (11,6%) ganhavam até meio salário mínimo, 8,6 milhões (19,8%), de meio a um salário, 12,2 milhões (28,0%), de um a dois salários e 5,1 milhões (11,6%) recebiam de 2 a três salários mínimos, ou seja, 31,1 milhões (71,0%) de trabalhadores empregados percebiam menos de três salários.

Dos que recebiam até meio salário, aliás repartidos igualmente entre os dois gêneros, 2,4 milhões (47,9%) desenvolviam atividades no setor primário, 2,2 milhões (44,8%) trabalhavam no setor terciário e 369 mil (7,2%) no setor industrial.

Dos que percebiam entre meio a um salário, 6,1 milhões eram homens e 2,1, mulheres. Desses, 4 milhões (46,5%) serviam no setor primário, 3,1 milhões (35,7%) trabalhavam no setor terciário e 1,5 milhão (17,8%), em indústrias.

Dos que tinham uma remuneração entre 1 a 2 salários, 8,9 milhões eram homens e 3,3 milhões, mulheres. Do total, 2,8 milhões (23,3%) estavam empregados no setor primário, 5,3 milhões (43,2%) no terciário e 4 milhões (33,4%) no industrial.

Dos que ganhavam de 2 a 3 salários mínimos, 4,1 milhões eram homens e 1 milhão mulheres. 656 mil (12,8%) trabalhavam no setor primário, 2,6 milhões (50,4%) no terciário e 1,9 (36,8%) no secundário.

Em 1990, segundo dados do Anuário Estatístico do IBGE/1990, das 62,1 milhões de pessoas com mais de 10 anos ocupadas no país, 34,7 milhões (55,8%) ganhavam menos de 3 salários. Daquele total, 4,8 milhões (7,7%) recebiam menos de meio salário mínimo, 10,2 milhões (16,4%) entre meio e um salário, 12,6 milhões (20,2%) entre 1 e 2 salários e 7,0 milhões (11,2%) entre dois e três.

A população brasileira tem sido marcada em todo esse tempo pelo analfabetismo. Embora decrescente, a taxa de analfabetismo se manteve muito alta até 1940. Os que não sabiam ler nem escrever correspondiam a 85,2% da população geral em 1872, a 74,6% em 1900, a 75,5% em 1920 e a 67,2% em 1940. Essas taxas caíam

um pouco, se depurados da população geral os menores de 10 anos. Em 1872 os analfabetos corresponderiam a 88,0% da população maior de 10 anos, a 69,4% em 1900, a 71,4% em 1920 e a 53,5% em 1940. Nesse ano, 15.536.674 brasileiros acima de 10 anos de idade não sabiam ler, nem escrever. Infere-se que nesses primeiros 70 anos, de 1872 a 1940, mais da metade da força de trabalho do Brasil era analfabeta, havendo no último ano 27.735.140 pessoas de todas as idades que não sabiam ler nem escrever para 13.292.605 que sabiam. Nas décadas posteriores, o número de analfabetos, embora haja diminuído em termos relativos devido ao crescimento maior do número de alfabetizados, em termos absolutos continuou a crescer. Assim, em 1980 e 1991 existiam, respectivamente, 19.356.092 e 19.233.239 brasileiros acima de 15 anos que não sabiam ler e escrever, ou seja, mais de um terço da força de trabalho do país vive essa condição nos dias atuais.

Dos dados acima, algumas conclusões: a remuneração do trabalho para a grande maioria dos assalariados é extremamente baixa nos três setores e nas diversas atividades econômicas; as atividades agropecuárias, de extração vegetal e pesca, ou seja, as do setor primário, são as mais mal remuneradas; seguem-nas as do setor terciário, mas o setor secundário também remunera muito mal, pois em 1980, dos 10,6 milhões empregados em indústrias, 7,5 milhões (75,0%) ganhavam menos de 3 salários; o trabalho feminino é muito muito mais mal remunerado, pois do total de 9,3 milhões de trabalhadoras que nesse ano recebiam menos de três salários mínimos, 5 milhões (54,1%) ganhavam menos de 1 salário, enquanto que do total de 21,8 milhões de trabalhadores masculinos que recebiam menos de três salários, 8,7 milhões (39,8%) percebiam menos de 1 salário.

Apesar da má remuneração e, em parte por isso mesmo, a exigência das horas extras é uma regra. Segundo os dados dos censos e anuários estatísticos do IBGE de 1970, 1980 e 1990, nas várias atividades dos três setores da economia, respectivamente, 24,8%, 28,0% e 22,3% de pessoas trabalhavam mais de 50 horas semanais. A desigualdade das relações entre capital e trabalho no Brasil faz-se evidente também com relação ao registro do empregado, por lei, obrigatório; no entanto, em 1990, do total de 40.175.332 trabalhadores empregados, 16.545.720 (41,2%) não tinham carteira assinada.

Há sabidas e históricas diferenças regionais de desenvolvimento econômico e social no país e mesmo entre estados de uma mesma região que os dados acima não revelam. O Estado de São Paulo, o mais industrializado do país, tomado como referência e confrontado com o conjunto dos outros, em termos de evolução da PEA entre 1977 e 1989, dá bem a medida dessas diferenças, como se vê nas tabelas abaixo, tomadas de Ribeiro (1994: 14-21).

Tabela 7a-População brasileira economicamente ativa no Estado de São Paulo por setor produtivo 1977/1989 (em 1.000)

<i>Setor</i>	Primário		Secundário		Terciário		total
<i>Ano</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>
1977	1.402	14,6	3.510	36,6	4.659	46,6	9.571
1978	1.257	12,1	3.548	37,3	4.681	49,3	9.486
1979	1.248	12,7	3.635	37,0	4.537	46,2	9.820
1980	1.175	11,2	3.898	37,4	5.062	48,6	10.124
1981	1.166	10,9	3.893	36,5	5.581	52,4	10.651
1982	1.208	10,8	3.967	35,6	5.964	53,5	12.116
1983	1.279	11,3	3.771	33,5	6.180	55,0	11.230
1984	1.249	10,5	3.989	33,7	6.544	55,4	11.812
1985	1.184	9,4	4.343	34,5	7.060	56,0	12.587
1986	1.155	8,5	4.931	36,5	7.403	54,8	13.489
1987	1.211	8,8	4.936	36,0	7.543	55,1	13.689
1988	1.056	9,6	4.964	36,0	7.757	56,3	13.767
1989	1.038	6,8	5.290	38,9	8.229	54,1	15.187

Tabela 7b-População brasileira economicamente ativa dos outros Estados por setor produtivo 1977/1989 (em 1.000)

<i>Setor</i>	Primário		Secundário		Terciário		total
<i>Ano</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>	<i>%</i>	<i>Nº</i>
1977	14.149	41,6	6.544	19,2	13.316	39,1	34.009
1978	13.197	39,5	6.772	20,2	13.403	40,1	33.372
1979	13.510	38,0	7.172	20,0	14.112	41,8	35.591
1980	11.934	34,0	7.296	20,8	15.749	44,4	33.111
1981	19.423	34,2	6.582	18,8	16.112	46,2	34.814
1982	12.931	35,1	7.245	19,6	16.610	45,1	35.809
1983	11.836	31,7	8.518	22,8	16.882	45,3	37.236
1984	13.725	36,6	6.934	18,0	17.848	46,3	38.476
1985	14.006	34,4	7.441	18,3	19.202	47,2	40.649
1986	13.175	31,4	8.472	20,8	22.772	54,2	41.947
1987	12.905	29,4	8.819	20,1	24.682	56,3	43.800
1988	13.177	29,3	8.749	19,4	25.834	57,4	44.953
1989	13.796	29,0	8.448	17,8	25.189	53,1	47.433

fontes: PNAD/ IBGE Anuários Estatísticos do Brasil/IBGE - 1972/1991

Observe-se que 93,2% da PEA do Estado de São Paulo estavam nas atividades secundária e terciária e que a PEA primária caiu a menos da metade, em termos relativos, passando de 14,6% em 1977 para 6,8% em 1989 e, também, embora de modo discreto, em termos absolutos, provavelmente, entre outras causas, pela ampliação das culturas extensivas e pela automação da agricultura.

Apesar da recessão econômica dos primeiros anos da década de 80, o setor industrial continuou em expansão, sua PEA passando de 3,8 para 5,2 milhões, uma expansão muito menor, porém, do que a do setor terciário que passou de 5,0 para 8,2 milhões. No atual decênio, a maior probabilidade é que o aumento da PEA paulista cresça em termos absolutos nos setores secundário e terciário por força do crescimento da população jovem e autóctone residente na cidade, sendo pouco provável que haja deslocamento da PEA, já muito reduzida, das atividades do setor primário. O que deverá acontecer e, provavelmente, já está acontecendo é um outro tipo de deslocamento, da PEA industrial para as atividades comerciais, de escritório e serviços, reflexo da redução relativa, mas progressiva, de empregos no setor secundário, em função da combinação das políticas de importações, de recessão, de automação e de desqualificação da força de trabalho. De fato, em 1980, a soma das PEA do setores secundário e terciário em São Paulo era de 8,9 milhões, 43,5% correspondendo ao setor industrial. Em 1989, a mesma soma passara a 13,5 milhões, sendo 39,1% desse setor.

Chamando a atenção que a rubrica "outros Estados" alinha estados com níveis diferentes de desenvolvimento econômico e, portanto, de distribuição diferente de sua população economicamente ativa, com base na tabela 7b, vejamos como se comporta essa população nos três setores produtivos. A primeira observação a fazer é sobre a grandeza da PEA do setor primário que, em termos absolutos, entre 1977 e 1989 praticamente permaneceu a mesma, em torno de 14 milhões de pessoas e que sua relativa redução no período se deu pelo aumento da PEA nos setores secundário e terciário. A segunda é que a PEA industrial dos outros estados, embora tenha crescido em termos absolutos caiu em termos relativos, em decorrência do crescimento mais acelerado do setor terciário, levando à hipótese de que, ao menos em parte, as economias desses estados estejam, talvez, já definitivamente presas às atividades terceiras e sem muitas chances de promover um desenvolvimento industrial próprio, funcionando para sempre como entrepostos comerciais.

Sabe-se que a expansão da força de trabalho industrial nos países que primeiro se industrializaram ocorreu em ritmos diferentes. Foi mais lenta na fase inicial da revolução industrial (1780/ 1870), quando predominava a produção têxtil e mais acelerada em suas fases posteriores (1870/ 1920 e 1920/ 1950) com a predominância da indústria pesada. Ao mesmo tempo que a força de trabalho locada nas atividades

primárias caía, cresciam, com velocidade maior, as atividades de comércio, serviços e escritório, fazendo emergir novas categorias de trabalhadores urbanos. No ciclo atual (1950 a...), caracterizada principalmente pela aceleração da automação e formas novas de organizar o trabalho, o capital impõe diminuição de ocupações e empregos, em todos os setores, principalmente no secundário e, mais contemporaneamente, no terciário e procura manter a mesma extensão da jornada de trabalho (Gorz, 1992: 235-214). O desenvolvimento do capitalismo no Brasil está, a grosso modo e tardiamente, passando por processo parecido, como se pode observar pela dinâmica do comportamento da sua PEA. Não obstante, mesmo o Estado de São Paulo, que mais se aproxima do paradigma, tem muitas características próprias.

Transcorreu mais de um século desde que a indústria pesada passou a ter a supremacia no desenvolvimento capitalista nos países europeus precocemente industrializados. No Brasil, a hegemonia da produção nacional passou definitivamente para o setor industrial com a instalação do parque siderúrgico e das grandes hidroelétricas depois do meado do presente século. Os anos mais recentes têm sido de aceleração e desaceleração alternadas do desenvolvimento industrial, com a incorporação lenta e, mais uma vez, retardatária, das tecnologias de automação e de organização do trabalho.

A elevação do número de acidentes tipo, isto é, daqueles ocorridos dentro das empresas brasileiras, que atingiram o máximo de 1,9 milhão em 1975, sem dúvida, tem muito a ver com esse processo de industrialização e com sua aceleração até a metade dessa década. E tem a ver, também, com as políticas de remuneração, as horas extras e, em menor grau, com a formação e origem da força de trabalho recrutada. Do mesmo modo, a queda da morbi-mortalidade infantil e das doenças infecto-contagiosas e parasitárias e a elevação da mortalidade adulta por "*causas externas*" e por doenças ditas "*crônico-degenerativas*" são determinadas pelo mesmo processo, embora, saliente-se, sem guardar uma relação direta de causalidade.

3. DOENÇA, MORTE E DESIGUALDADE

"...desde a antiguidade, têm (-se) observado que as doenças variam entre as distintas sociedades e mesmo entre os diferentes grupos que integram a mesma sociedade.

Esta distribuição das doenças sugere uma relação entre a estrutura social e a doença. Sem dúvida, esta relação não é de interdependência ou de causalidade direta, mas de um tipo mais complexo e que requer para a sua compreensão a análise dos fatores produtores da doença"

J. C..Garcia (1989)

As dimensões do adoecimento

Há quem morra ao nascer e há quem viva mais de cem anos. Entre esses extremos, cada um, em silêncio, indaga a si próprio, quanto tempo durará. Uma pergunta sem resposta, uma angústia permanente, escondida pelo cotidiano devorador e só acidentalmente lembrada pela morte do outro que se ama, conheceu ou de que simplesmente se ouviu falar.

Sobre a experiência da própria morte jamais alguém testemunhará, posto que ao vivenciá-la, estar-se-á deixando de existir e ser. Viver e morrer, portanto, se negam, mas também se afirmam um ao outro, visto que só morre quem vivo está ou, inversamente, só está vivo quem pode morrer. Assim, vida e morte em sendo contrários, constituem uma mesma e indissolúvel unidade.

Se individualmente não vivemos a experiência concreta do próprio fim, sabemos todos que a morte é inexorável. É um saber social e historicamente construído que ultrapassa a simples observação fátual da morte do próximo. No particular, isso diferencia essencialmente o homem (*Homo sapiens sapiens*), do seu antecessor (*Homo sapiens*) e de qualquer outra espécie viva : sua capacidade de refletir, de projetar , sua consciência para a construção de uma história coletiva, irrenunciável, que ele incorporou e o fez senhor de um tempo que transcende a existência individual .(Szamosi, 1994: 35-60)

Quando o homem saiu das cavernas - ou do paraíso, pouco importa - sem retorno possível, sua vida deixou de ser uma simples manifestação visceral, obscura e individual e passou a ter sentido. A humanidade, que não se restringe à contabilidade dos seres vivos, de populações que habitam o planeta, é um ser coletivo que tem passado, presente e futuro, experiências e conhecimentos incorporados a uma consciência também coletiva.

Se desconhecemos o tempo de vida que cada um terá, podemos inferir as expectativas ou esperanças coletivas de vida ao nascer. Por exemplo, nos primeiros séculos da era cristã, a expectativa média de vida na Europa não ia além dos vinte anos. Em meados do século passado dobrou. Na segunda metade do século atual ultrapassou os cinquenta anos e nos últimos dez anos pulou para a casa dos setenta (Berlinguer, 1987: 56-70).

Essa maior longevidade dos indivíduos e das populações é resultado da queda da mortalidade geral e, por inferência, da morbidade fatal, em função do desenvolvimento das forças produtivas. A morte, por conseguinte, embora venha a ser uma experiência única, irreproduzível e não datada, enquanto fenômeno individual, é histórica e socialmente determinada, a idade em que ocorra dependendo, em grande parte, do tempo e do espaço e do modo de produção de cada sociedade e, na sociedade capitalista, da classe, segmento social e categoria profissional a que se pertença.

A morte prematura dos tempos primitivos revelava a precariedade das coletividades humanas, incapazes de enfrentar com êxito as vicissitudes da natureza e a precariedade de sua organização. Morria-se de fome, de frio, de sede ou se era devorado por animais ou pelo próprio homem. Os materiais eram pouco acessíveis, os instrumentos de trabalho rudimentares e escassos e inexistia a possibilidade de guardar excedentes do que se colhia ou caçava.

O fazer coletivo da vida e do trabalho, o aperfeiçoamento dos instrumentos de produção, o acesso maior aos materiais abundantes na natureza, a ampliação dos mercados, a instituição do trabalho livre, a constituição das cidades resultaram em lenta, mas constante melhoria das condições gerais de vida e em maior sobrevivência.

Não foram melhoras sem oscilações. Na Europa, que entre o último quarto do século XVIII e o terceiro quarto do século XIX, acelerou seu processo de industrialização, as condições de vida e trabalho da grande maioria da população se fizeram aterradoras, as doenças transmissíveis muito frequentes e a vida breve. O trabalho nas fábricas inglesas antes da metade do século XIX, como se viu, chegou a dezesseis horas diárias em condições subumanas, a envolver famílias inteiras, a troco de pagamentos miseráveis. No último quarto do século as condições gerais de vida, de uma maneira geral, melhoraram, se refletindo na queda acentuada de doenças como a peste, a lepra e a tuberculose e na redução acentuada das taxas de mortalidade, pouco crédito cabendo aos progressos da ciência e prática médicas.

No transcurso do presente século, a despeito das duas guerras mundiais, das guerras de independência dos países africanos e asiáticos, dos conflitos localizados e de outras condições ainda presentes e responsáveis por milhões de adoecimentos e mortes, a duração média da vida da população mundial continuou aumentando, mais rapidamente nos países economicamente desenvolvidos.

*"Vemos todos os dias homens que vivem oitenta ou cem anos. Sei muito bem que o número dos que chegam a essa idade é pequeno em relação aos que não chegam, mas enfim, há quem chegue; e do fato de se chegar, às vezes, a essa idade é muito possível concluir que se chegaria mais freqüente até lá, se **circunstancias acidentais e extrínsecas**, se causas perturbadoras não viessem a se opor a essa longevidade. A maioria dos homens morre de doença, poucos morrem de velhice propriamente dita."*
Fluorens, 1834, citado por Canguilhem, 1978: 126).

Esse notável fisiologista, há cento e cinquenta anos, ao identificar as doenças como responsáveis pela mortalidade prematura dos indivíduos, não as via como fenômenos biológicos naturais, mas socialmente determinados, como perturbações da vida coletiva e individual; e com extraordinária lucidez se antecipou à sua época, afirmando que a morte por velhice é a única natural, que não pode ser confundida com a morte por doença, de caráter predominantemente social. O que ele testemunhava há um século e meio, como exceção, pessoas com oitenta anos de idade, é comum nos dias presentes. Infere-se que superadas as condições "*perturbadoras*", sempre sociais, que determinam as doenças e acidentes, e por consequência, mortes prematuras, o tempo de vida continue se expandindo além dos marcos atuais e o que é hoje raro, o morrer naturalmente sem doença e sofrimento, se torne corriqueiro. Nesse caso, ter-se-á chegado ao *limite biológico* da espécie humana, o momento em que a vida simplesmente se apaga. E Fluorens não estava sozinho, muitos cientistas notáveis de sua época, como Metchnikoff, Halbachs, Newman, Virchow e outros pensavam como ele. (Canguilhem, 1978, op.cit.; Rosen, 1994, op.cit.: 114-117; 199-203; Garcia, 1979).

Em certo sentido, a doença acaba sendo a morte pressentida. É um anúncio, não único, da possibilidade de ela acontecer antes do tempo. É um sofrimento pessoal, expresso pela ameaça de redução do tempo de vida, mas, em níveis variáveis, socialmente partilhado. Há uma patologia individual a ser investigada e cuidada, mas há, ao mesmo tempo, uma dimensão social onde ela está inserida.

De algum modo, o envelhecimento é também um prenúncio da morte, mas sem a imanência e o caráter ameaçador da doença. Se sofrimento existe, ele não se deve ao processo natural de envelhecer, que comporta em cada sociedade valores culturais, percepções, representações e sentimentos vários e, não necessariamente, de menos valia. Frequentemente, essa menos valia está associada à desvalorização da força de trabalho dos que envelhecem na sociedade pós-revolução industrial. Nessa, o

envelhecimento acaba sendo uma patologia em si, tanto pela presença eventual de doenças, como pelo sofrimento que a invalidação social acarreta. Por tudo isso, o velho é, cada vez mais, uma presença mais freqüente e, simultaneamente, considerada inoportuna, sobretudo quando pobre, que não fica bem nesse mundo de homens produtivos mais novos e máquinas perfeitas. Ele é véspera de moribundo, sem estatuto e sem valor. Um peso social e previdenciário. Não por acaso, a aposentadoria, assinalamento de sua exclusão da produção e, subseqüentemente, social, leva, com freqüência, ao aparecimento ou agravamento de doenças e à precipitação da morte.

Alguns dos caracteres mais gerais de certas "*doenças da velhice*", fase da vida eufemicamente chamada hoje de "*terceira idade*", são a não transmissibilidade e a cronicidade. A cronicidade é dada por um curso insidioso, progressivo, que pode tornar a doença irreversível e evolutiva, se não obstada nos estados iniciais; nesses casos, costumeiramente, ela se externa por episódios agudos cada vez mais freqüentes e próximos uns dos outros, devido a insuficiências orgânicas definitivas, sempre acompanhadas de sofrimento crescente, afinal, sobrevivendo a falência de órgãos, aparelhos e sistemas e a morte.

Entre as doenças passíveis de se tornarem crônicas e autonomamente evolutivas, estão várias das doenças cárdio-circulatórias e respiratórias que nos países precocemente industrializados, há tempos, ocupam dois dos primeiros lugares entre as causas de mortalidade. No Estado de São Paulo, cujo perfil de mortalidade é o mais próximo desses países, elas ocupam, respectivamente, o primeiro e o quarto lugar (Lotufo & Lólio, 1995: 279-288).

É interessante analisar as mudanças das taxas de mortalidade de populações por vários decênios sucessivos, que possibilita a acompanhar as mudanças do perfil de mortalidade e, com cautela, às vezes, inferir a morbidade subjacente. Com essa intenção foi publicado, recentemente, um texto sobre a evolução da mortalidade nos últimos vinte anos no Estado de São Paulo, estado que mais de perto, também nesse aspecto, acompanha as tendências dos países precocemente industrializados (Monteiro, coord., 1995). Nesse texto, segundo Fonseca (268-278), as doenças cárdio-circulatórias e respiratórias tiveram um crescimento significativo, passando, respectivamente, de 30,2% e 8,7% em 1970 para 33,0% e 11,0% em 1990. Simultaneamente houve um aumento da taxa de mortalidade proporcional por doenças neoplásicas que passou de 8,7% em 1970 para 12,1% em 1990 e uma queda da mortalidade infantil por doenças prevalentemente infecciosas e parasitárias, que no país inteiro caiu de 15,7% em 1970 para 6,0% em 1989 (Waldman, Silva e Monteiro, 1995, op.cit.: 195-244).

A ascensão das duas primeiras taxas acompanhou o envelhecimento da população; mas, a padronização, segundo uma única estrutura etária da taxa de

mortalidade por câncer nesse Estado, mostrou que a letalidade das doenças neoplásicas caíra de 74,1% em 1970 para 71,5% em 1990, enfraquecendo a tese da velhice como um dos seus presumíveis fatores. Por seu lado, a associação estatística entre mortalidade por doenças cardiovasculares e envelhecimento, obrigatoriamente, não subordina um fenômeno ao outro, sendo plausível que essas doenças possam ter uma determinação ou causalidade anterior e que o trabalho pode ter uma responsabilidade não desprezível. Ressalve-se que as doenças infecciosas e parasitárias, responsáveis por 35,9% dos óbitos no Brasil em 1950, embora haja caído para 6,0% em 1989 (Waldman, Silva e Monteiro, 1995), continua sendo muito elevada, se comparada com a dos países mais desenvolvidos e com melhor distribuição de renda. Certamente por isso, o perfil da mortalidade brasileira em 1980 continuava sendo bastante diferente do perfil de mortalidade dos países do primeiro mundo, como se pode ver na tabela abaixo tomada de Ribeiro (1986).

Tabela 8-Mortalidade proporcional segundo suas principais causas e faixas etárias em seis países, 1980.

	DIP			DAR			DCC			NEO		
	-4 a	15/54a	+65a	-4a	15/54a	+65 a	-4a	15/54a	+65a	-4a	15/54a	+65a
Brasil	69,7	16,9	5,5	48,5	15,1	26,3	0,9	23,9	44,2	1,5	32,7	41,4
Argentina	44,8	21,8	21,0	24,4	12,5	50,6	0,9	12,5	70,8	0,5	21,3	54,6
Espanha	20,7	19,2	43,8	3,4	6,5	80,2	0,2	6,5	83,7	0,4	17,0	62,0
EUA	6,6	18,5	58,5	2,2	7,3	77,9	0,1	7,3	79,2	0,1	15,1	61,4
França	4,2	12,9	72,2	0,8	5,2	87,5	0,1	4,9	88,2	0,1	14,6	67,9
Reino Unido	9,2	13,8	55,4	1,0	2,8	89,3	0,0	7,3	82,8	0,1	11,3	68,2

DIP: Doenças infecciosas e parasitárias; DAR: Doenças do aparelho respiratório; DCC: Doenças cárdio-circulatórias; NEO: Neoplasias.

Fonte: Ribeiro, (19 86)

A mortalidade por doenças infecciosas e parasitárias (DIP) varia com o nível de desenvolvimento dos países considerados e suas condições de infra-estrutura sanitária, sendo consensual o entendimento que a mortalidade por tais doenças antes dos 4 anos decorre do baixo poder de consumo de bens e serviços. Como mostra a tabela, em 1980, além das taxas de mortalidade por essas doenças serem bastante elevadas no Brasil (69,7% em menores de 4 anos), também eram elevadas as taxas de mortalidade por doenças respiratórias (DAR) na mesma faixa (48,5%) e nas seguintes, de 15 a 54 anos (15,1%). Já as taxas maiores de mortalidade dos quatro países mais desenvolvidos, se situavam sempre acima dos 65 anos.

Há dois consideráveis embaraços adicionais e desfavoráveis com relação aos dados estatísticos brasileiros: o elevado número de óbitos mal ou incorretamente definidos e, pior, o dos óbitos não registrados, estimados em 30% em 1980.

A classificação Internacional das Doenças (CID), salvo exceções, admite como causas de mortes aquelas direta e imediatamente relacionadas com a morte em si, ou seja, a existência de uma relação de causa e efeito passível de comprovação. Mesmo nas mortes intencionais ou acidentais (homicídios, suicídios, acidentes de trabalho, trânsito, domésticos e os envenenamentos), tidas como provocadas por "*causas externas*", a expressão se refere aos agentes imediatos e mediatos constatáveis, nada esclarecendo sobre o modo de viver ou condição social do morto.

Não se pode esperar muito das classificações, sempre redutoras, qualquer que seja o objeto de seus enquadramentos. De qualquer sorte, os registros são imprescindíveis e de um modo ou outro, há de se os fazer e é sempre possível extrair dessas estatísticas, paradoxalmente chamadas vitais, verdades subjacentes sobre as determinações sociais de doenças e mortes.

Análises de séries anuais de mortalidade por doenças cardíaco-circulatórias (DCC), por exemplo, têm mostrado que essas são freqüentes em idades que antecedem a velhice e que o gênero feminino, antes poupado, passou a morrer desse jeito e cada vez mais freqüentemente, igualando-se, quando não ultrapassando, o outro. A mudança no perfil da mortalidade feminina por esse e outros grupos de doenças coincide com a inserção da mulher no mercado de trabalho, com a não diferenciação, lenta, mas progressiva, dos dois gêneros no trabalho e na vida social (Ribeiro, 1988:116-131; Conceição & col,1992).

Os óbitos por doenças cardíaco-circulatórias ocorrem, no entanto, quase sempre acima dos cinquenta anos e, mais assiduamente, após os sessenta, levando a uma associação estatística positiva entre eles e o envelhecimento, sugerindo uma dependência discutível entre o processo biológico do envelhecimento e essas patologias, fortalecendo a concepção da subordinação de processos talvez distintos.

Não está sozinho quem entende o envelhecimento como um processo que faz parte do ciclo dinâmico e contínuo dos seres vivos de qualquer espécie. A antecipação e marcas prematuras da velhice podem sinalizar ou refletir a presença de uma doença e nesse caso, é bem provável que por trás desses sinais estejam determinantes sociais, entre elas uma anterior sujeição ao trabalho. Afirmar que o envelhecimento é um processo degenerativo e ,consequentemente patológico, é uma visão médica e subalterna (Gonçalves, 1990: 39-86).

Com base nas estatísticas vitais são possíveis outros esquadramentos e inferências. Comparando as durações da média da vida de populações, classes, estratos sociais e ocupações, há tempos, perceberam-se significativas diferenças e que

a mortalidade e várias doenças eram tanto mais freqüentes e precoces quanto piores as condições de vida e trabalho (Rosen, 1994, op. cit.: 157-244).

Na tabela seguinte, de Ribeiro (1986), estão registradas as taxas de mortalidade geral por faixas etárias abaixo de quatro anos, entre quinze e cinquenta e quatro e acima de 65 anos na população geral de seis países com diferentes níveis de desenvolvimento econômico-social

Tabela 9- Mortalidade proporcional por faixa etária em seis países, 1980.

<i>Países/Anos</i>	-4 a	15/54 a	+65 a
<i>Brasil</i>	30.6	25.2	30.8
<i>Argentina</i>	12.2	18.2	53.1
<i>Espanha</i>	3.5	12.5	70.9
<i>E.U.A.</i>	2.8	15.2	65.5
<i>França</i>	1.8	12.4	75.4
<i>Reino Unido</i>	1.4	8.0	77.4

Fonte: Ribeiro, (1986)

Pode-se observar que em 1980, a taxa de mortalidade brasileira antes dos 4 anos era bem maior do que a de qualquer desses outros cinco países, sendo quase trinta vezes mais elevada que a do Reino Unido e duas vezes e meia acima a da Argentina. No outro extremo, apenas 30% de brasileiros logravam morrer com idade superior aos sessenta e cinco anos de idade contra 77% dos ingleses e 53% do país vizinho. Chama atenção de que nos EUA, com a maior renda per-capita desses países, o mais elevado produto nacional bruto do mundo e gastando mais de 12% do seu PIB em serviços de saúde e assistência médico-hospitalar, apenas 65% dos seus habitantes ultrapassavam os 65 anos de idade, percentual bem abaixo da França, Espanha e Inglaterra.

Essas taxas de mortalidade por idade, com diferenças significativas entre países desenvolvidos, provavelmente se devem à distribuição de renda, melhor nos países europeus apontados que nos EUA onde se estima viverem trinta milhões de pessoas em estado de carência. Os elevados gastos com programas de assistência social e em saúde nesse país não têm dado conta da situação.

Por outro lado, as taxas de mortalidade por doenças cardíaco-circulatórias e neoplásicas, havidas como mais freqüentes entre idosos, são bastantes elevadas entre 15 e 54 anos no Brasil e Argentina e bem acima dos demais países como mostra a tabela abaixo do mesmo autor.

Tabela 10- Taxas de mortalidade por doenças cardiocirculatórias (DCC) e neoplásicas (NEO) por faixa etária em seis países. 1980

<i>Países/Anos</i>	DCC			NEO		
	<i>-4 a</i>	<i>15 / 54 a</i>	<i>+ 65 a</i>	<i>-4 a</i>	<i>15 / 54 a</i>	<i>+ 65 a</i>
<i>Brasil</i>	0,9	23,9	44,2	1,5	32,7	41,4
<i>Argentina</i>	0,9	12,5	10,8	0,5	21,3	54,6
<i>Espanha</i>	0,2	6,5	83,7	0,4	17,0	61,0
<i>E.U.A.</i>	0,1	7,3	79,2	0,1	15,1	61,4
<i>França</i>	0,1	4,9	88,2	0,1	14,6	67,9
<i>R.Unido</i>	0,0	7,3	82,8	0,1	11,3	68,2

Fonte: Ribeiro, 1986.
DCC: Doenças Cardio Circulatórias.
NEO: Neoplasias.

Atente-se para o fato, pouco lembrado quando se analisam esses dados estatísticos gerais, que as populações desses países são constituídas de classes, estratos e grupos sociais que exercem ocupações diferentes e cujas rendas, condições de vida, consumo e trabalho são diferentes, segundo os lugares que ocupam na estrutura social e dentro do processo produtivo. Essas taxas de mortalidade, por serem globais e médias, nivelam as diferenças, quando é sabido que elas são menores nos grupos econômico e socialmente mais privilegiados.

O homem tem sido capaz de conhecer o limite ou duração biológica de inúmeras espécies animais ou vegetais, graças à observação ou reprodução de suas condições naturais de vida. Não conseguiu ,porém, conhecer ainda a duração natural ou biológica da própria espécie.

Admita-se, por hipótese, que os limites biológicos da vida, muito provavelmente determinados genotipicamente, possam ser alterados. Aliás, o homem já o faz com outras espécies animais e vegetais. Mutações são, portanto, possíveis e elas podem tanto destruir espécies, como preservá-las com outros caracteres. É provável que elas estejam ocorrendo na espécie humana ou possam ser induzidas pelo homem em futuro próximo. Afinal, o homem é sempre um Prometeu e esta é a sua saga.

De qualquer modo, o fato é que a duração média da vida humana tem se aproximado da sua duração biológica que, segundo os estudos de Fluorens, estaria acima de cem anos. Ou seja, a relação duração média da vida / duração biológica da vida humana (dmv / dbv) vem se aproximando da unidade. Se, hipoteticamente, tomarmos a idade de cem anos como limite biológico da vida do homem, nos países europeus que primeiro se industrializaram, por exemplo, a relação dmv / dbv que seria há 150 anos de 0,4, hoje seria de 0,7 e no Japão, de 0, 83. Certamente, ela será bem

maior nas classes abastadas que nas desfavorecidas, revelando as desigualdades no morrer e, por conseguinte, de adoecer, trabalhar e viver.

"A duração média da vida não é a duração biologicamente normal, mas é, em certo sentido, a duração de vida socialmente normativa. Nesse caso, ainda a norma não se deduz da média, mas se traduz na média. Seria ainda mais claro se, em vez de considerar a duração média da vida numa sociedade nacional considerada globalmente, essa sociedade fosse especificamente dividida em classes, em profissões, etc. Sem dúvida constatar-se-ia que a duração de vida depende do que Halbwachs chama, em outra ocasião, de níveis de vida".

(Canguilhem, 1978, op.cit.:127).

As estatísticas vitais, com seus números absolutos, taxas e coeficientes, apesar das precariedades, longe de expressarem simples quantidades de adoecidos e mortos no tempo e espaço, revelam realidades sociais subjacentes, cujas mudanças têm sido extremamente rápidas nesses dois últimos séculos, particularmente nesse prestes a terminar.

A violência explícita do e no trabalho ocupa lugar de destaque na determinação e causalidade da morbi-mortalidade pós-revolução industrial e maior ainda nos países tardiamente industrializados.

Como diz Fluorens, a vida é encurtada por essas circunstâncias extrínsecas ao corpo biológico, isto é, por doenças e acidentes socialmente determinados. Em nosso país, por exemplo, na década de 80, foram realizados, em números redondos, 2 bilhões de consultas médicas e 150 milhões de internações hospitalares. Na mesma década, dez milhões de brasileiros morreram por diferentes causas, três milhões deles antes dos 4 anos de idade e dois e meio milhões entre os 15 e 54 anos. Esses cinco e meio milhões de mortes antes dos 54 anos, idade muito aquém do limite biológico da vida humana, foram, por certo, antecidos por doenças e acidentes evitáveis, responsáveis pela menor duração média de vida da população brasileira no período. Na mesma década, apesar da subnotificação e subregistro conhecidos, a previdência social brasileira deu como liquidados 12 milhões e 855 mil acidentes de trabalho, os quais levaram 211.904 trabalhadores à invalidez permanente e 45.859 ao óbito (Ribeiro, 1994 c).

As estatísticas de acidentes e doenças de trabalho são questionados no mundo inteiro, admitindo-se que elas estão longe de refletir as agressões do trabalho, mesmo as mais explícitas. Há várias razões para isso, duas delas muito evidentes: a fonte de

informação é sempre a empresa que tem interesse concreto em sonegar os acidentes e o fato da manipulação dos dados ficar a cargo da previdência estatal ou de seguradora privada, qualquer delas interessada em desqualificar o acidente para se furtar a pagar "benefícios" e indenizações. Há outras razões importantes: a preocupação em preservar o sistema e sua imagem, e as políticas gerais e setoriais; as resistências em alterar os processos de produção e continuar utilizando matérias primas ou intermediárias perigosas e nocivas por interesses econômicos; o descaso histórico com a prevenção dos infortúnios do trabalho, etc.

O impacto da queda do corpo humano no solo, acidente tão comum na indústria de construção civil, e as intoxicações graves, frequentes nas empresas químicas, lesam estruturas anatômicas e funções orgânicas e podem levar à morte de modo mais ou menos rápido e conhecido. O mesmo não ocorre com a maioria das doenças da "*modernidade*", muitas delas conseqüências do trabalho. Suas determinantes ou "*circunstâncias extrínsecas*", no dizer de Fluorens, às vezes, bastante próximas, nem por isso são necessariamente identificadas, registrando o médico na ficha clínica do consultório, no prontuário do hospital ou no atestado de óbito, apenas as causas que ele presume, mas não é obrigado a investigar ou declarar.

Nas diversas atividades econômicas, sejam elas do setor primário, secundário ou terceiro, a maioria dos trabalhadores pertence à mesma classe e vive situações sociais vizinhas, embora difiram suas ocupações, ambientes, relações, processos e organização do trabalho. Dentro de uma mesma empresa, onde todos pertencem formalmente à mesma categoria e supostamente estariam sujeitos ao mesmo modo de adoecer, acidentar-se e morrer, há muitas diferenças, em decorrência da divisão do trabalho e da natureza diversa das ocupações e tarefas.

Assim, além de uma dimensão social comum, dada pela condição de ser trabalhador, isto é, de indivíduos que vendem força de trabalho por valores próximos e têm formas ou modos parecidos, mas não iguais, de viver, relacionar-se, habitar, comer, reproduzir e trabalhar, próprios da condição comum de classe, há outra dimensão dada pela especificidade e sujeição no trabalho que os fazem adoecer e morrer diferentemente. Em síntese, há uma dimensão grupal mais circunscrita e não desprezível, de adoecer e morrer, nas diversas categorias, subcategorias, ocupações e funções.

Esclareça-se que a referência a uma dimensão do trabalho, senso estrito, como determinante de doenças e mortes, não significa qualquer endosso ao conceito da existência de "*doenças profissionais*", ainda que haja uma relação de causalidade material aparente, como se o exercício de determinada ocupação devesse condicionar o trabalhador a um "*risco*" específico e, por isso, "natural".

Os componentes que definem o exercício de qualquer ocupação são vários e mutáveis no tempo e no espaço, vale dizer, são históricos e sociais, tanto como os seus produtos e conseqüências, entre essas, as doenças. Componentes de determinado processo de produção podem ser ou estar, por contingência, associados a causas imediatas ou próximas de doenças e acidentes típicos do trabalho, mas a existência de uns e outros não naturaliza o risco e muito menos o dano, inserindo-os sim, em contextos e dimensões sociais do tempo e do lugar.

As catástrofes de Bophal e Chernobyl não ocorreriam em qualquer ciclo do capitalismo industrial ou em qualquer país, nem as passadas e freqüentes explosões e intoxicações nas minas de carvão do País de Gales ou as 476 mortes por silicose durante a escavação do túnel de West-Virgínia nos Estados Unidos. São crimes datados, têm história e lugar para acontecer.

Houve e sempre haverá determinantes maiores e menos comentados desses acidentes e doenças coletivos de trabalho, que vão além dos seus aspectos escabrosos. Também, nos outros mais comuns, assíduos e menos dramáticos, há determinantes que transcendem à natureza e os processos de trabalho em si, como as políticas de desenvolvimento científico- tecnológico e de incorporação e uso de tecnologias do país, o regime de propriedade dos meios e instrumentos de produção, a natureza do Estado e o nível de consciência e organização da sociedade e dos trabalhadores.

Outrossim, trabalhadores cujas condições sociais e de vida pouco diferem entre si e que exercem idênticas funções no mesmo tempo e espaço, isto é, vivem e convivem condição, ambiente, organização e relações de trabalho supostamente iguais e em uma mesma empresa, podem adoecer de forma ou doenças diferentes e podem até não adoecer, colocando uma terceira dimensão da doença, a individual, revelando, "*um modo novo de vida*", de cada um sentir o mundo (Canguilhem, 1978, op. cit. p.75).

Ao se dizer que há uma dimensão social na determinação da doença, se está a dizer que tal determinação é abrangente e corresponde ao ciclo do capitalismo e as condições objetivas onde ele se desenvolve. Ela se expressa nas relações sociais e de produção e tem a ver também com as tecnologias dos processos produtivos e de organização de trabalho incorporados pelas empresas. A causalidade mais ou menos aparente do trabalho com a ocorrência de doenças e acidentes é apenas um modo violento e explícito de evidenciar essa determinação.

Nas famílias de baixa renda, a fome crônica e a subnutrição que habitualmente a sucede, são causas universal e imediatamente reconhecidas da distrofia em crianças e, subseqüentemente, da alta morbi-mortalidade antes dos quatro anos de idade. A ausência ou precariedade no fornecimento de água e do esgotamento dos dejetos e a habitação miserável são agravantes que favorecem infecções e parasitoses. Uma

política contínua de oferta gratuita de leite e de outros produtos protéicos à uma população carente, pode reduzir o nível e a frequência de desnutrição e as taxas de mortalidade e, mais ainda se for dado acesso à rede encanada de água e esgoto; contudo, essas intervenções, não extinguem a dimensão social que determina a pobreza que tal morbi-mortalidade apenas indicava, como fenômeno ou epifenômeno médico-social que é. Persistem ambas, a dimensão social e a população miserável, expressando relações sociais e de classe e uma distribuição profundamente desigual de renda. Nesse caso, a doação de alimentos, mesmo quando contínua, e o acesso retardatário a equipamentos sanitários minimamente condizentes com as condições de vida humana são intervenções úteis, mas ao nível do consumo, meramente atenuantes, na medida em que tendo eficácia na redução da morbi-mortalidade, mascara, mas não elimina as brutais desigualdades sociais. Nos países latino-americanos esse é um tipo de intervenção bastante comum praticado pelo estado ou com sua ajuda (Garcia, 1989).

De modo similar, condições, ambientes, ritmos e relações de trabalho podem ser melhorados por medidas típicas, a nível da engenharia, da ergonomia, da medicina, da sociologia, psicologia e administração do trabalho, que podem minimizar, mais facilmente mascarar, a patogenia do trabalho, topicamente reduzindo determinados tipos de acidentes e doenças. Permanecem, contudo, as dimensões social e do trabalho que os geraram e continuam a gerar patologias que se expressam menos desse modo, mas de outros, de hábito não aceitos ou classificados como do trabalho.

Por sua vez, há sempre um modo individual de não adoecer ou de adoecer próprio. Breilh (1990:135-165) fala em *"movimento biológico subsumido"*, isto é, uma

"mediação não passiva do indivíduo...seja através da experiência biológica acumulada que define as normas de reação genótipo dos indivíduo, seja através dos processos fisiológicos que são possíveis em um fenótipo em circunstâncias históricas específicas".

Essa mediação biológica, intrinsecamente individual, definiria *"um espaço com uma legalidade própria, um espaço de especificação e de relação entre processos de dimensões superiores, a forma em que o geral se faz presente no particular"*.

Pensando assim, adoecer ou não, é uma contingência social e humana, antes de ser atributo biológico negativo ou predisposição mórbida. O outro jeito de entender é a visão de um *"homo faber"*, homem feito para o trabalho, discricionária, que reduz todos a um mesmo padrão de resposta, considerando *"normais"* os que toleram agressões sem gemidos e protestos do corpo, e aos demais, de *"anormais"*, *"frágeis"*,

"inaptos", "predispostos", "susceptíveis" ou "doentes", em síntese, menos capazes ou incapazes para o trabalho. O modo individual de sentir o mundo, a sensibilidade reveladora da patogenia social externa e interna do trabalho ganha o significado de atributo com sinal trocado e a vítima passa a culpada.

"... A representação da subjetividade que prevalece nas teorias psicológico-psiquiátricas espelham uma realidade sócio-historicamente datada e culturalmente circunscrita. Esta realidade deu origem a uma noção de indivíduo que muitos insistem em considerar o retrato fidedigno da essência do homem. É o indivíduo da divisão do trabalho em sociedades com Estado; do capitalismo burocrático e racionalizado em torno da produtividade industrial e comercial; da revolução política burguesa com seu ideário dos direitos do homem, enfim, é o sujeito regido pôr dispositivos disciplinares que, de leste a oeste ou de norte a sul, mostraram sua eficácia no adestramento da alma e do corpo"
(Costa, 1989:17-30).

As dimensões social, grupal e individual na determinação da doença são, pois, indissociáveis. Se é indivíduo em um grupo e se está sempre dentro de uma sociedade historicamente determinada e determinante. E se adoecem muitos em uma mesma categoria de trabalhadores, esse adoecimento coletivo é revelador, não de atributos negativos dos adoecidos, mas da patogenia do trabalho a que todos estão sujeitos, embora de modo desigual, e é, desigualmente, sentida e assimilada.

A doença e a medicina

A doença sempre existiu e é anterior a medicina. As pessoas adoecidas, de um modo ou de outro, sempre foram cuidadas antes de haver uma ciência médica e os seus práticos oficiais, os médicos, originários desses cuidados e de seus predecessores, os curandeiros. A oficialização e a exclusividade da competência de diagnosticar e tratar, delegada aos médicos, é relativamente recente e veio com a criação do Estado, e na Europa, com o advento da monarquia absoluta. A regulamentação da profissão e a atribuição exclusiva de examinar, internar, dar alta, prescrever e atestar o óbito tem pouco mais de trezentos anos no Ocidente (Foucault, 1977: 1-21).

Quando em 1923 foi criada a primeira escola médica no país, provavelmente a da Bahia, havia poucos médicos e nem por isso as pessoas adoecidas deixavam de ser cuidadas. É inoportuno discutir aqui a qualidade dessa assistência leiga ou não, até

porque a medicina praticada no início do século XIX, aqui e alhures, tinha poucos embasamentos científicos e os recursos terapêuticos eram mínimos e de eficácia duvidosa. Mas é fato que as pessoas eram tratadas e muitas curavam com, sem ou a despeito dos médicos e cuidadores leigos. Morria-se, é verdade, com mais frequência, porém, dificilmente a culpa era atribuída ao maltrato ou à ignorância e sim por *ter chegado a hora*.

Há pouco mais de cem anos operava-se sem anestesia e sem qualquer cuidado com a limpeza, muito menos com a assepsia. Não é de admirar que a maioria dos operados morresse de infecção. O primeiro bacilo foi identificado microscopicamente em 1867, a assepsia como rotina só veio prevalecer vinte anos mais tarde e as luvas cirúrgicas são uma inovação tecnológica de 1890. Até o início do presente século, com razão, os cirurgiões tinham pavor de abrir o abdome, certos da morte do doente (Ribeiro, 1993: 37-45)

Enfim, a medicina científica adolece e é de se espantar a onipotência dos que a exercem e a credulidade, às vezes excessiva, dos que se socorrem dela. Em parte, isso se deve aos avanços tecnológicos em várias de suas disciplinas, assentados no aperfeiçoamento da microscopia, na esteira do segundo ciclo da revolução industrial. A comprovação da origem bacteriana de uma série de doenças infecto-contagiosas e a prevenção de algumas por vacinas específicas, iniciada no fim da segunda metade do século passado, foram êxitos, que somados aos sucessos da cirurgia aprendida nos hospitais das guerras coloniais, deram prestígio à medicina e aos seus artesãos mais recentemente reconhecidos pela academia, os cirurgiões (Nogueira, 1977). No entanto, os recursos terapêuticos, principalmente na clínica médica, continuaram bastante rudimentares até a metade do século presente.

Foi a descoberta da penicilina em 1929 e sua industrialização em 1941, seguidas pelas de outros antibióticos, que consolidaram o prestígio da clínica, daí por diante reforçado com a incorporação de novas drogas e novas tecnologias de diagnóstico e tratamento e por enorme publicidade. Afinal, a medicina e seus produtos haviam se tornado bens de mercado (Ribeiro, 1993, op.cit.: 53-69).

De acordo com a medicina científica, a doença se caracteriza por desvios dos parâmetros fisiológicos dentro dos quais funcionam tecidos e órgãos. Tudo que se coloque fora desses valores pressupostos normais, configura uma anomalia, situação patológica ou doença. A doença é, portanto, uma disfunção para mais (hiperfunção) ou para menos (hipofunção): *hiperacidez gástrica, hipertonia muscular, hipertensão arterial* ou seus anversos: *hipoacidez, hipotonia, hipotensão*. Dentro dessa concepção hegemônica, o patológico é o fisiológico quantitativamente desviado (Canguilhem, 1978, op. cit.)

São sintomas e sinais que conformam os quadros nosológicos ou doenças cujas causas seriam *objetivas*, vale dizer, passíveis de comprovação ou mensuração. No auge da teoria bacteriana, passou-se a buscar a origem primária e única de cada doença, sempre em um micróbio ou parasito. Verificado mais tarde que a simples existência de qualquer deles não resultava necessariamente em um estado de doença e que há "*portadores*" sadios, a tese da monocausalidade da doença ruiu, substituída pela da multicausalidade.

Predominante nos dias atuais, essa teoria admite, ao lado do *agente* ou *fator etiológico* principal ou causal, a interferência de outros, de caráter ambiental ou individual, de natureza genética, constitucional ou da personalidade. A confluência desses fatores prévios e linearmente dispostos resultaria em desvios subseqüentes dos parâmetros fisiológicos ou seja, em patologias que só a medicina estabelece e o médico pode diagnosticar e tratar. Para essa medicina, a doença continua sendo um fenômeno essencialmente do indivíduo biológico, a merecer corretivos de igual conteúdo (Leavell & Clark, 1976: 37-98). Daí a razão da medicalização e dos medicamentos. O modo de atuar da medicina contemporânea é sempre o mesmo: o da intervenção do médico e, preferencialmente, do médico especialista.

Não se há de negar eficácia e pertinência, em muitas situações, desse modo pragmático de proceder da medicina científica em relação ao corpo biológico. O doente, enquanto ser individual, quer e precisa ser tratado e, se possível, curado. Para isso recorre à medicina e ao médico. Reconheça-se, também, que medidas de controle de epidemias e endemias, de melhoria das condições e ambientes de trabalho e a elevação dos padrões de consumo de populações carentes podem ser mais ou menos eficazes, na dependência das condições, meios e instrumentos disponíveis. São intervenções dessa ordem e nesses níveis, conquanto de êxito parcial, que fortalecem a medicina moderna e reforçam sua identidade com o positivismo. Mas continua sendo uma prática restrita e medicalizadora sobre o indivíduo ou sobre coletividades individualizadas. Sua eficácia, ainda que relativa, reforça a tese da naturalidade da doença e, exclusivamente ou quase, sua dimensão biológica individual. É, ainda assim, uma intervenção mecanicista, pontual, que ignora ou remete para segundo plano as relações dinâmicas e as dimensões social e do trabalho com a doença, habitualmente fora do contexto da prática médica. O indivíduo é encarado como um ser biológico natural, constituído por um conjunto de tecidos e órgãos. O ser social e histórico que transcende essa organicidade aparente é apartado.

Nesse pragmatismo da medicina moderna, há uma intencionalidade subjacente que transcende o ato médico de diagnosticar e tratar, qual seja, a de recuperar os assistidos para a produção e garantir a reprodução da força de trabalho no nível necessário. Ela acaba sendo uma medicina do e para o trabalho.

Aliás, a doença e seu anverso, a saúde, são, em última instância, caracterizadas sempre pela menor ou maior capacidade presente ou futura de produção do assistido. O estado de saúde, a doença e a cura são medidos pelo parâmetro trabalho. Estar sadio ou curado é poder socialmente produzir. Mas como a doença é uma realidade, que a maior ou menor capacidade de trabalho revela, e a morte uma possibilidade freqüente, é preferível que os adoecidos sejam assistidos pelo médico e, se necessário, em um lugar próprio, o hospital, *"para não fazer parar a vida das famílias"*, ou seja, o trabalho dos outros. A morte, fato perturbador, aliás, tornou-se mais rara na sociedade industrial, urbana e contemporânea, *"consequência durante muito tempo não percebida do aumento da longevidade...o jovem de hoje pode atingir a vida adulta sem jamais ter visto ninguém morrer"* (Ariés, 1988: 56-57).

É função do médico estabelecer a correspondência entre os sintomas e sinais revelados e o quadro classificador das doenças que ele apreendeu. A analogia, entre os achados clínicos e a descrição retida na memória, é que permite ao profissional, diagnosticar e prescrever. Se ele não logra estabelecê-la, duvida, menos de sua competência que da existência de uma doença que não consegue diagnosticar. A doença para o médico é, pois, uma representação em sua consciência do que ele consegue perceber. É certamente uma questão de saber, mas é, também, de convencimento próprio.

O diagnóstico para o médico acaba sendo um *quebra-cabeças*, cujas peças, sintomas e sinais devem se justapor uns aos outros, compondo o desenho de uma patologia identificável. Dos órgãos e tecidos, o médico retém as imagens, a descrição de como funcionam e os limites possíveis das variações fisiológicas, fora dos quais penetra-se no mundo da patologia. E conquanto perceba, como qualquer indivíduo, o seu corpo como coisa única, viva e indivisível, inseparável do mundo que ele incorporou, ele concebe o doente, como um conjunto de peças, os tecidos e órgãos integradas funcionalmente como sistemas ou aparelhos interdependentes, cada um com sua composição celular particular, sua fisiologia própria e suas oscilações *"normais"*, além das quais se instala o *"anormal"* ou patológico. Ao buscar o diagnóstico, o movimento do médico se faz no sentido de localizar anatomicamente o órgão lesado e a dimensão do desvio patológico, visando terapeuticamente corrigi-lo. Na sua consciência, ele superpõe as representações do patológico e do fisiológico e mede as diferenças dos desenhos. Quanto maiores, mais grave é a doença. A doença (pathos) está nos órgãos e o doente é sempre o sofredor de um mal localizado. É um nefropata, um cardiopata, um hepatopata, um psicopata, conforme a parte mais afetada. Ele nunca é um doente por inteiro.

A consciência do doente sobre o seu próprio mal importa pouco para o médico moderno. Quando possível, ele até prefere prescindir das manifestações do doente que

pode perturbá-lo em seu processo investigante e paradigmático. Para essa medicina pode até haver doença sem doente, haja vista os achados de anomalias e alterações de órgão e tecidos em pessoas mortas que, quando vivas, jamais haviam se queixado.

Convenhamos que essa é uma utilização muito reduzida, horizontal e não histórica do conhecimento, muito distante do modelo semiótico indiciário de Moretti. Afinal, é sempre o doente que revela ao médico a estória do seu sofrimento e expõe seu corpo ao exame. Sempre o fez e continua a fazê-lo, o que tem possibilitado, historicamente, que o cortejo de sintomas e sinais configure os diversos quadros das doenças que os médicos aprendem. Esses elementos narrados e expostos no passado e no momento da consulta é que permitem ao médico moderno diagnosticar com razoável margem de acertos. *"A medicina existe porque há homens que se sentem doentes e o revelam e não porque os médicos revelem a esses suas doenças "* (Leriche, citado por Canguilhem, 1978, op.cit.:67-76.).

Para o médico de hoje, no entanto, o doente existe tão somente como ser biológico alterado, cuja individualidade se restringe às mudanças mais perceptíveis do seu estado de normalidade. Mas em sendo um ser biológico, o indivíduo, antes de ser um doente e apesar de sê-lo, é também um ser que trabalha e socialmente vive contingências, entre elas, a do adoecimento. Talvez por não levar isso na devida conta, ao lado dos seus extraordinários e apregoados sucessos, a medicina científica acumule tantos incontáveis e escondidos fracassos.

Embora buscando com afincado maior precisão diagnóstica e eficácia terapêutica, apoiada no uso crescente da tecnologia, a medicina continua sendo uma ciência não exata e sua prática, social e muito particular, resulta de uma relação, até certo ponto, imprevisível entre o médico e o adoecido (Ginzburg, 1990, op.cit.). A interposição, cada vez mais freqüente nos últimos cinquenta anos, de tecnologias diagnóstico-terapêuticas e de interesses econômicos crescentes, vem alterando, profundamente, e talvez de forma irreversível, a natureza dessa relação e de sua prática, antes marcadamente indiciária. E se as possibilidades de diagnosticar e tratar cresceram, também aumentaram as preocupações com a falta de diálogo, os erros de conduta e as iatrogenias.

Apesar disso, as limitações da medicina não residem tanto no uso pouco apropriado desse arsenal diagnóstico e terapêutico, extraordinariamente desenvolvido nos dias atuais, nem na inabilidade ou baixa competência dos seus técnicos em lidar com ele e com os doentes. Suas maiores dificuldades estão na própria concepção e exercício dessa medicina positiva que tende mais à correção quantitativa dos padrões biológicos desviados do que à percepção qualitativa das diferenças. Diferenças que se encontram na sociedade moderna, nos agrupamentos criados pela divisão social e do

trabalho, na família atingida brutalmente em sua composição e modo de vida e nas doenças conseqüentes a tais mudanças.

Obviamente, não se espera do médico, ao lidar com a pessoa doente, que não a cuide individualmente. Qualquer um de nós tem essa expectativa. Aflora nessa circunstância sempre sofrida e desagradável, o desejo de recuperar a saúde o mais rapidamente possível e se espera do médico que o faça da maneira mais competente, utilizando todo o saber e possíveis recursos tecnológicos. Essa expectativa e essa ansiedade são dados de realidade que devem ser tomados em conta. Mas o que está sendo questionado é esse saber, a forma de utilizá-lo, o uso abusivo dessas tecnologias e os projetos em curso, alguns nada tranquilizadores.

Tomemos como exemplo a radiologia, ainda hoje, possivelmente, o mais usado exame complementar de diagnóstico. A aplicação dos R-X em medicina, que se deve a Roentgen, é de uso relativamente recente, 1895, e se baseia em um princípio bastante simples da física. As partes do corpo têm densidades diferentes e sua exposição aos raios X permite captar essas diferenças. Os órgãos e tecidos menos densos, como os pulmões e brônquios, devido à presença de ar, são facilmente penetrados e aparecem, no filme sensibilizado ou na placa radioscópica, com uma cor escura. Os mais densos, como o coração, vasos e, principalmente, os ossos, aparecem com cor mais clara, branca opaca ou leitosa. Em suma, o que se obtém com os raios X é um conjunto de imagens claro-escuros superpostas que exprimem e conformam, de forma aproximada, os contornos, espessuras e cavidades dos diversos tecidos e órgãos expostos, graças à diferença de densidades. Novamente vai ser a comparação entre os padrões hipotéticos de normalidade radiológica e a "*chapa*" dos tecidos expostos, que irá sugerir alterações de densidade, tamanho e forma. Quando, por exemplo, o radiologista surpreende uma imagem mais ou menos densa que não deveria existir no campo pulmonar, se quiser ser rigoroso com o que observa, a descreverá em seu tamanho, forma, densidade, localização e contornos. Outras posições e técnicas poderão agregar novos elementos que auxiliem a descrição dos achados; mas mesmo que a experiência do radiologista, a tipicidade da imagem, ao lado das informações adicionais contidas no prontuário, no pedido do exame ou oralmente obtida do próprio examinando, sejam compatíveis com a representação de uma determinada doença, coincidente ou não com a suspeita clínica, não lhe cabe se antecipar ao clínico que assiste o doente, menos por uma questão ética ou de limites de atribuições, e mais pela possibilidade de fazer diagnósticos errados.

Os exames complementares- e daí a expressão- entende-se necessários para confirmar ou infirmar diagnósticos e estados das doenças, importando menos sua tecnologia e natureza, isto é, se são bioquímicos, anatomopatológicos ou de imagens. Todos se assentam doutrinariamente sobre a construção de parâmetros definidos como

normais. A experiência em lidar com eles, os prévios conhecimentos em anatomia, fisiologia, patologia e, sobretudo, de clínica, permitem aos seus técnicos e tecnólogos pressupor diagnósticos com razoável frequência de acertos. Deveriam guardá-los para si ou, se possível e necessário, discuti-los com quem os solicitou, probabilidade cada vez mais rara. Convictos, porém, do caráter conclusivo, mais *"real"* e mais *"científico"* do que fazem, habitualmente avançam, emitindo laudos contendo diagnósticos clínicos. Essa auto-atribuição freqüente, sobretudo por parte dos que trabalham com meios propedêuticos por imagem, decorre, em parte, de uma anterior convivência com os clínicos em hospitais de ensino, configurando um louvável e necessário aprendizado, porém insuficiente para que invoquem a função de diagnosticar, não pela doença que teoricamente podem e devem conhecer, mas pelo fato de não conhecer o doente que, freqüentemente sequer viu, ouviu e nunca examinou. Com tal conduta, esses técnicos exacerbam a prática médica positivista, passando a enxergar em imagens, gráficos e números, a doença

Se o clínico, ao retirar o doente fora do seu contexto social e inseri-lo em outro estranho que pode ser seu consultório ou um hospital, modifica - o e à sua doença, os novos tecnólogos da medicina, que trabalham configurações mais reduzidas, ao pretenderem assumir a atribuição de diagnosticar, cometem equívoco maior, ampliando com esse tipo de interferência, a dissociação freqüente entre a doença do doente e a doença observada pelo médico. Pior é quando o clínico, por incompetência ou submissão ao mito dessas tecnologias, conforma-se com o esvaziamento de sua responsabilidade indiciária que deveria caracterizar, por excelência, a prática médica (Ginzburg, 1990, op.cit.; Foucault, 1977, op.cit.). E pior ainda, quando delega para quem, talvez, não seja tão competente como ele e esse outro presumem.

Esse conflito de competência, em parte responsável pela redução do espaço da clínica, não é acidental, mas resultado de uma tendência ideológica, assentada em interesses de mercado, que quer afirmar a primazia dos meios propedêuticos que envolvam alta tecnologia, como instrumentos de certeza diagnóstica. Não se diz, agora, *"diagnóstico por imagem"*?

Não por acaso, a prova da doença ou do estado de saúde está deixando de ser o atestado do clínico, e sim o exame complementar. Torna-se cada dia mais freqüente, a exigência da prova sobre a condição de doente, uma prova cabal, mensurada: o exame de laboratório. Só assim a pessoa adoecida faz jus aos *"benefícios"* da previdência ou a qualquer outro. Quem quer se empregar ou continuar trabalhando precisa do atestado médico e de exames de laboratório, variáveis conforme a ocupação, que comprovem que está sadio, e se possível, que não irá adoecer, vale dizer, afastar-se do trabalho.

No entanto, a positividade ou negatividade dos exames laboratoriais não confirma ou infirma, obrigatoriamente, qualquer desses estados. Uma tomografia por computador de última geração pode não revelar um tumor cerebral em desenvolvimento, uma eletroneuromiografia pode não captar distúrbios em curso na condução elétrica neuro-muscular, uma ultra-sonografia pode deixar de assinalar alterações ósteo-musculares e viscerais significativas. Podem, também, qualquer desses exames sugerir a presença de anomalias anatômicas e funcionais que não expressem, obrigatoriamente, a existência de qualquer doença, mas que correm o risco de serem tomadas como tal. Atrás da mitificação excessiva dessas tecnologias, extremamente úteis quando bem indicadas, realizadas e interpretadas, estão interesses econômicos concretos e muito grandes que comandam sua incorporação e uso abusivos.

Quando o médico solicita exames complementares, a rigor, deve haver formulado e hierarquizado suas hipóteses diagnósticas, umas sempre mais prováveis que outras. Se assim não procede e os pede, não é, certamente, um bom médico.

Nos hospitais, particularmente nos que se destinam ao ensino e pesquisa, é comum que o pedido de exame complementar contenha um sumário da história e exame clínico. Essa prática tem dois objetivos simultâneos: justificar o próprio pedido e permitir que o serviço que irá realizá-lo possa, flexivelmente, optar por técnicas que melhorem a qualidade de suas respostas. Por exemplo, radiografias oblíquas ou com diferentes níveis de penetração ou cortes seriados, podem conformar melhor um quadro radiológico. Com essa flexibilidade do uso dos meios propedêuticos, eleva-se a precisão do diagnóstico e a possibilidade de uma intervenção terapêutica de melhor qualidade. Esta prática, contudo, cada vez está se tornando menos freqüente, na medida em que os serviços de exames complementares vem se distanciando do hospital e do consultório, não só em termos físicos e institucionais, mas de objetivos. Eles se organizaram dentro dos princípios empresariais, de modo impessoal, anônimo ou quase, objetivando o lucro. Nessas circunstâncias, o que menos importa é se o pedido do exame é procedente ou não, o que explica sua baixa eficácia em termos de saúde e sua elevada efetividade em termos econômicos.

O divórcio espacial e filosófico entre a clínica e a empresa laboratorial tem inconvenientes sérios, posto que fica difícil para o doente, seus familiares, instituições financiadoras e a sociedade em geral distinguir a qualidade de qualquer dessas instâncias de cuidados. Como juntar percepções tão diferentes da doença e do doente, este o único que a vivencia contritadamente, da percepção do cuidador e seus intermediários, cujos objetivos e interesses não são necessariamente convergentes e podem estar em oposição às do adoecido? Como conciliar a concepção de serviços

que pretendiam resguardar ou recuperar um bem essencialmente público, a saúde, com essa outra, que a vê como mercadoria e perverte o paradigma indiciário?

Este é outro complicador da prática atual da medicina, especialmente em nosso país, onde o Estado, apesar do endosso constitucional que considera a saúde um bem público, trata os meios de assegurá-la ou recuperá-la como bens de consumo, vale dizer, mercadoria.

Na realidade, desgraçadamente, a medicina contemporânea se constituiu em uma atividade econômica, onde a prática médica é uma ocupação e atividade subalternas, mas imprescindível para a reprodução do capital que se realiza, principalmente, às custas da produção e comercialização de equipamentos, medicamentos e outros insumos industriais, essas sim, de elevada lucratividade.

São tais interesses que determinam as práticas médicas modernas. As pessoas comuns e os próprios médicos e profissionais de saúde, sensibilizados pelas estratégias mercadológicas mais recentes, veiculadas até pela "mídia" eletrônica, acabaram sucumbindo ante a onipotência das tecnologias médico-industriais, acreditando que todos os incômodos e perturbações humanas são materializáveis, mensuráveis, biológicos e curáveis através delas.

Mas o lado mais sombrio pode estar por vir. É possível que os investimentos financeiros do capital em pesquisas no campo da biotecnologia e da engenharia genética, acabem sendo patenteados, monopolizados e utilizados de forma perversa. Como diz Santos (1996: 104) :

"Em face do avanço do conhecimento científico nestes domínios e da orientação da aplicação que ele esta a ter é previsível que a relativamente curto prazo o corpo humano se transforme em mercadoria e mesmo na mercadoria por excelência, desempenhando no novo regime de acumulação o mesmo papel que o automóvel desempenhou no período do capitalismo organizado, no período da acumulação fordista".

O homem não seria consumido só pelo venda de seu trabalho, nem seria mero consumidor induzido de mercadorias, mas ele próprio, o seu corpo, literalmente vindo a ser mercadoria.

O estar doente

Para qualquer adoecido, a doença é algo que ele sente, incomoda e da qual toma consciência pelo sofrimento. Se *"a saúde é a vida no silêncio dos órgãos"*, como

definiu Leriche (Canguilhem, 1978, op.cit.), a doença é a ruptura desse silêncio, *ruído* que dificulta ou impede o fazer e o trabalho, lembrando a possibilidade ameaçadora e insólita da morte. Ele, o adoecido, pode não localizar ou localizar indevidamente sua dor e incômodos, até porque, habitualmente, não conhece ou conhece mal a posição dos seus órgãos e a natureza dos tecidos que os compõem. Além do mais, a percepção sensorial da doença costuma ser difusa e não corresponde necessariamente a um órgão ou tecido. A doença é sentida subjetivamente, antes de mais nada como um sofrimento total mediado pela consciência.

Diferentemente do médico, a doença para o adoecido antes de ser uma representação que ele acaba construindo para si, é uma realidade concreta e indesejada, expressa em sensações, mudanças corporais e psíquicas e de comportamento que impõem limitações orgânicas e da vida afetiva e social. As evidências exteriores, isto é, os sintomas e sinais insuficientemente verbalizados são pálidas amostras do que realmente se passa ou ele consegue externar. Sua marca principal é o sofrimento não partilhado e, por isso, impossível de ser apreendido em toda sua dimensão e complexidade.

Se para o médico só há doença quando ele diagnostica, para o adoecido que prescinde do médico para vivenciá-la, a doença muda sua vida. Preocupa-o menos localizá-la do que a perturbação que o impede ou limita *de fazer o que fazia antes* e o desonera da dinâmica social e da vida que estava habituado. É um sentimento que em sendo físico é também psíquico, de culpa e desvalimento social, visto que a doença lhe impõe um novo modo de vida sofrido e não um simples desvio de padrões fisiológicos que sequer conhece.

"São os doentes que geralmente julgam de pontos de vista os mais variados se não são mais normais ou se voltaram a sê-lo. Para um homem que imagina o seu futuro quase sempre a partir de sua experiência passada, voltar ao normal significa retomar uma atividade interrompida ou pelo menos equivalente, segundo os gostos individuais ou os valores do meio. O essencial é sair de um abismo de impotência e sofrimento em que quase ficou definitivamente"
(Canguilhem, 1978, op.cit: 91.).

O que importa para o adoecido é, sobretudo, o socialmente apreciado, inclusive por ele. Ele não quer ser um espectro do que foi, mas igual ou equivalente ao que era, porque, como diz Yaspers, citado pelo mesmo autor (1978: 93), ser ou estar doente

"é um conceito de não valor que compreende todos os valores negativos possíveis...Os valores desejados são a vida, uma vida longa, a capacidade de reprodução, a capacidade de trabalho físico, a força, a resistência à fadiga, a ausência de dor, um estado no qual sente-se o corpo o menos possível, além da agradável sensação de existir"

No entanto, embora haja disparidade e, às vezes, conflito entre o modo do adoecido sentir e sua representação da própria doença e a representação do médico sobre ambos, a ação desse se faz com o consentimento, mínimo que seja, do primeiro, esperando os dois, quando o diagnóstico é feito e o tratamento e cura possíveis, chegarem a bom termo.

Como os indivíduos não são iguais, também os doentes não o são, apesar dos caracteres comuns de uma doença e dos doentes. Se elementos exteriormente observáveis os diferenciam, que dizer dos caracteres anatômicos, fisiológicos e psíquicos ocultos no interior de cada um e mais ou menos alterados pelo adoecimento? Se não existe um indivíduo igual ao outro, como não existem impressões digitais iguais, as formas de reagir face aos estímulos e agressões, sempre presentes no meio social e do trabalho, serão próprias de cada um. O que pode adoecer alguns pode não adoecer outros e os que adoecem o fazem de modos diferentes. Isto é, para cada indivíduo há uma forma particular de reagir, de adoecer ou não adoecer, só em parte dependente estritamente de sua biologia na medida em que ela própria resulta da condição social de ser. E essa é uma condição irrenunciável. O social não pode ser entendido, portanto, apenas como algo externo ao homem, posto que está dentro dele, integrando sua biologia e sua mente. Sua consciência, conhecimentos, valores e sentimentos fazem parte dele e, em sendo social e historicamente determinados, são também determinantes de tudo que constitui sua individualidade e manifestações biológicas ou não.

Porem, se o social está dentro de todos, conquanto de modo peculiar a cada um, tem, também, uma exterioridade objetiva. Ou seja, possui materialidade e dimensões diferenciadas que envolvem todos, mas de maneiras diferentes. Condições ambientais, econômicas, de classe, de trabalho e culturais, mutáveis no tempo e no espaço, são determinantes do modo de viver, adoecer e morrer e exercem de modo diferente essa determinação.

Não é de estranhar que condições de vida e trabalho comuns e adversas provoquem doenças em uns e sejam suportáveis para a maioria. O que permite perceber a nocividade social e do trabalho dessas condições é justo o adoecimento dos indivíduos mais sensíveis e sujeitos. Esse sentir diferenciado e denunciador, que foge dos padrões ou respostas tidas como da maioria, não pode ser entendido,

simplesmente, como um atributo negativo, como se todos devessem suportar condições adversas e os que não as suportam sejam inferiores. Essa é uma visão eugênica que leva à discriminação de toda ordem, atingindo não poucos indivíduos, chamados de "*predispostos*" ou "*susceptíveis*", que acabam sendo amplos segmentos populacionais.

A doença, sempre uma reação negativa e prejudicial para quem a padece, ao mesmo tempo, é uma revelação de que algo vai mal no homem, no seu trabalho e na sociedade. Independentemente de sua causalidade aparente ou não, ela gera um "*um sentimento direto de sofrimento e impotência, sentimento de vida contrariado...A pessoa é doente não apenas em relação aos outros, mas em relação a si mesmo*" (Canguilhem, 1978, op. cit.).

É freqüente se falar de um processo de regressão ou "*infantilização*" do adulto adoecido, como se ele regredisse em idade e sentimentos e abdicasse de sua maturidade, requerendo, tal uma criança, uma espécie de *maternidade*. A dor, e mais que isso, a sensação de dependência e o temor da morte, sempre presente, mas não explicitamente revelado, carecem de atenção. A exteriorização dessas carências, contudo, está longe do comportamento da criança e a analogia desmerece a ambos. Os cuidados que a criança requer se devem à sua conduta ousada para alargar seu mundo de relação. O adoecido vive um estado mórbido e qualitativamente diferente de sua condição anterior de indivíduo sadio. Sendo um ser em sofrimento, seu comportamento não o faz menor, nem o faz regredir a uma afetividade infantil. Sua dificuldade é de se comunicar e vivenciar uma dependência desconhecida e, às vezes, humilhante, que a assistência médica e o seu entorno reforçam. Se ambos, a criança e o adulto adoecido choram, o fazem por motivos diversos: a criança por querer mais do mundo e o adoecido por havê-lo, de certo modo, perdido.

Quando não súbito ou provocado por um acidente, o adoecimento é sempre um processo, mais ou menos lento, inexistindo uma linha demarcatória entre o estado de saúde e a consciência de estar doente. O desenvolvimento da doença é, na maioria das vezes, assim, sutil, o "*ruído*" que provoca nos órgãos, antes silenciosos, sendo quase imperceptível e freqüentemente atribuído à imaginação.

Os pródromos de uma doença, e ela própria, são revelações no corpo do conflito do homem consigo mesmo e com o seu meio social, de trabalho e familiar, transportado para as esferas psíquica e biológica e que eclodem em suas estruturas e funções mais sensíveis. No entanto, a consciência do indivíduo sobre esse novo estado não o faz, necessariamente, consciente do processo e de suas causas. Menos do que a curiosidade de conhecê-las, o que o leva ao médico é a convicção de que não se basta e precisa da medicina para se restabelecer ou aliviar o sofrimento. É aí que ele avoca o

médico e avalia sua prática, quase sempre medicalizadora e sintomática, uma das características do exercício atual da ciência médica.

O retorno ao estado anterior, contudo, nem sempre é possível. Uma das consequências pode ser a presença de seqüelas que, por sua extensão ou gravidade criam uma situação nova que o indivíduo tem que assumir. Embora diferente do estado de saúde anterior, esse novo estado não faz do indivíduo, obrigatoriamente, um doente ou permanente sofredor. Em que pese a distancia entre seus antigos parâmetros biológicos e sociais e os atuais, que podem obrigá-lo a uma outra maneira de viver, ele costuma se adaptar bem dentro dos seus novos limites. O homem idoso tem redução de quase todas os parâmetros vitais, se comparados aos de um adulto jovem, mesmo quando esse é portador de seqüelas de alguma doença. Nem por isso ele e esse portador são necessariamente doentes.

Atrás da valorização excessiva de padrões e parâmetros de normalidade da sociedade industrial moderna estão mitos e valores sociais, entre eles, o da capacidade de produzir. Historicamente cada sociedade, dependendo do tempo e lugar, tem os seus. Na atual, corremos o risco de sermos medicalizados ou recusados no mercado de trabalho, não por estarmos doentes, mas por não nos enquadrarmos dentro de regras e valores estabelecidos.

Não obstante, ter saúde é, também, isso: reconhecer os próprios e variáveis limites, ser capaz de compatibilizar condições biológicas e psíquicas com o tempo e o espaço sociais em que se vive.

Estar doente, ao contrário, é deixar de se sentir entre pares. É querer e não poder estar, indiferentemente, em qualquer lugar, sem que os incômodos se agravem e outros possam ocorrer. O medo de adoecer, por seu lado, às vezes, estimulado por um culto excessivo a uma hipotética saúde, pode levar a esquecer que a doença é sempre uma eventualidade quando se está vivo e, nem sempre, uma catástrofe. É oportuno lembrar que a doença, de algum modo, incentivou o homem a trilhar caminhos desconhecidos e inovadores. Não fora assim, a ciência médica não teria chegado aonde chegou e os médicos não passariam de simples curandeiros. O homem, desde Adão, tem crescido na adversidade e a doença é apenas uma delas.

Sem que se prescindia da medicina do médico para cuidar individualmente do adoecido, esse continua sendo um ser social e cotidiano. No entanto, a forma de interromper o processo mórbido quando fenômeno coletivo, só é possível modificando as dimensões sociais e do trabalho, suas geradoras contumazes. A atual longevidade das populações dos países mais desenvolvidos comprovam a assertiva.

Isso não significa que países menos desenvolvidos devam esperar o desenvolvimento econômico para banir doenças há muito inexistentes nos desenvolvidos, até porque nesses, as classes e segmentos sociais menos favorecidos

padecem de males menos graves, mas parecidos. O "*dar tempo ao tempo*" é uma versão acomodada de certo determinismo econômico que pode nos empurrar mais para o fundo, apartando-nos da responsabilidade de cuidar dos nossos problemas, deixando que outros o tratem à sua maneira e conforme seus interesses e concepções (Garcia, 1989: 66-99). A esterilização das mulheres brasileiras pobres, sob o pretexto de coibir o crescimento populacional e a pobreza, é um bom exemplo do que não se deve permitir.

Se a doença é um modo sofrido de sentir o mundo, há modos diferenciados de expressar esse sofrimento que pode predominar na esfera somática ou psíquica, mas envolve sempre as duas. Por isso, a impropriedade da dualidade conceptual contida nas expressões "*doença somática*" e "*doença psíquica*". Essa pretensa dualidade nasceu da concepção de que a mente e as demais partes do corpo são coisas separadas. A transcendência psicossocial das funções do cérebro acabou tendo uma interpretação metafísica e religiosa, algo vindo de fora, a alma ou "*psique*", que dá vida e sentimentos ao corpo biológico e o habita temporariamente.

O cérebro, porém, rege a vida de relação do corpo inteiro. O funcionamento dos órgãos, tecidos e células não se dá sem alguma ordem de interferência sua. A unidade entre vida mental e vida orgânica precisa ser conceitualmente resgatada, até porque fica incompreensível entendê-las separadas quando é o indivíduo por inteiro que está no mundo e isso o faz, inexoravelmente, um ser bio-psíco-social.

A existência de sinais e sintomas de sofrimento, uns classificados como físicos e outros como psíquicos não corresponde a uma dualidade do ser. Essa visão dicotômica dos sentimentos, aparentemente didática, acabou prejudicando a compreensão da unicidade do ser humano e da indissolução de sua condição biológica e social mediada pela mente. Para trabalhar melhor esses e alguns outros conceitos, tome-se, como exemplo, a tuberculose, a mais pedagógica e paradigmática das doenças. Apesar do seu agente causal mais próximo ser um bacilo, ela vem atravessando o tempo e as várias sociedades, ensejando representações as mais diversas, em consonância com a experiência humana. A penetração habitual do micro bacilo da tuberculose se dá com a respiração. É também com essa função que a vida extra-uterina se inicia e com ela se esvai. Entre esses dois eventos limites, o tipo, a frequência e a profundidade da respiração expressam, cotidianamente, muito da vida biológica, afetiva e social. A respiração é ainda instrumento da fala, o modo mais social de o homem se exprimir. Eis porque as alterações da respiração são tão cheias de significados e se prestam tanto a metáforas (Mann, 1980; Sontag, 1984).

Em que pese sua localização, predominantemente respiratória, não eram os pulmões afetados, a tosse, a hemoptise, a febre, o emagrecimento e outros sinais e sintomas menos frequentes, todos na esfera biológica, que faziam em passado bem

recente, a pessoa tuberculosa sofrer tanto. Havia ainda, a percepção do adoecimento do corpo por inteiro, sem preocupação localista, o mal-estar, a consciência da incapacidade de fazer o que se fazia antes e uma representação social incorporada sobre a gravidade da doença, sua progressão, contagiosidade e caráter invalidante e, conseqüentemente, do caráter discriminatório e segregador da doença, conduzindo ao empobrecimento dos afetos e à ruptura com o mundo de relações, agravado tudo isso pela certeza da morte antecipada. Enfim, um profundo sofrimento psicossocial indissociável do biológico.

Na primeira fase da revolução industrial, as taxas de morbi-mortalidade por tuberculose, referida como tísica, fizeram-se extraordinariamente elevadas. Ainda em 1885, na Inglaterra, Escócia e País de Gales, a taxa de mortalidade era de 256 por 100 mil habitantes. Prevalentemente uma doença da classe trabalhadora urbana, a morbi-mortalidade por tuberculose começou a cair ainda no final do século XIX, creditando-se essa queda à melhoria das condições de vida e trabalho, muito antes de se tornar uma doença curável pelos químio-terápicos modernos, incorporados ao arsenal terapêutico somente depois de 1950. Nesse ano, a taxa de mortalidade por tuberculose na Grã-Bretanha já passara a ser de apenas 25 por 100 mil habitantes (Crofton e Douglas, 1969: 163-169).

A redução da morbi-mortalidade por essa doença nos países de industrialização tardia, como o Brasil, onde dizimou mais índios e escravos que brancos, só veio a ocorrer bem mais tarde, podendo, em parte, ser creditada à incorporação dos químio-terápicos modernos e à vacinação.

Assim, a possibilidade de adoecer e, sobretudo, a fatalidade de morrer por tuberculose, no espaço e no tempo, por caminhos diferentes, diminuíram para a classe trabalhadora de todo o mundo moderno. A cultura do sofrimento psíquico induzida pela representação social da enfermidade foi se apagando da memória coletiva, acompanhando o próprio declínio da doença. Como se sentirá hoje, um trabalhador com tuberculose? Certamente com um sofrimento psíquico bastante atenuado pela perda dessa memória coletiva, pela perspectiva de uma cura rápida e por sua não obrigatória exclusão do trabalho, do meio social e familiar.

A tuberculose permanece, porém, sendo uma doença da classe trabalhadora, porque é nela que continua a se manifestar predominantemente. E são os trabalhadores mais pobres e seus filhos que mais adoecem. E, por isso, persiste sendo uma doença eminentemente social. Não tem uma presença tão ostensiva como no passado, mas bastante significativa, em particular nos países com elevada disparidade de distribuição de renda e com largas camadas de suas populações vivendo em condições de miséria. Mas, agora ela não só é uma doença passível de prevenção como curável e já não se vê, senão como raridade, as múltiplas e enormes cavernas nos pulmões de

suas vítimas e as crises de hemoptise tão freqüentes no passado. Mesmo os casos contagiosos, hoje bem menos freqüentes, que obrigavam a longos períodos de confinamento em hospitais especializados, são tratados em casa, sem separação de pessoas e coisas, porque os tubérculo-estáticos e bactericidas mais modernos os fazem não contagiantes em um período de tempo bastante curto. Dai a obsolescência desses hospitais e a atenuação dos preconceitos incorporados à antiga representação social da doença.

Os sintomas e sinais da tuberculose, em outra época tidos como freqüentes, patognômicos ou quase, hoje são raramente observados, em razão do diagnóstico e tratamento precoces que podem e devem precedê-los. Quando presentes são menos incômodos e o sofrimento biológico e psicossocial é quase nulo. A doença se apagou na memória coletiva e não se faz presente no portador. Persiste, como relíquia, na consciência classificatória do médico, obrigado a prevení-la, diagnosticá-la e tratá-la, mesmo à revelia e na ausência de manifestações subjetivas de quem ele considera biologicamente doente, mas que individual e socialmente como tal não se sente e realmente não é.

No momento, a tuberculose recrudescer no mundo inteiro, trazida por uma situação nova e ainda sem controle, uma síndrome com características epidêmicas e forte componente social, a síndrome de imuno-deficiência adquirida (AIDS). Não é, porém, a tuberculose, assinalada como uma intercorrência grave e freqüentemente fatal, que causa maior sofrimento, principalmente psíquico, ao aidético. É a própria AIDS. A representação desse sofrimento é basicamente a mesma da tuberculose de antigamente: a percepção de um adoecimento total despido de qualquer veleidade localista orgânica, a consciência do decréscimo da capacidade física e de trabalho, os desafetos, a discriminação, a ruptura com o mundo, o abandono e a ameaçadora proximidade do próprio fim, onde o suicídio é um modo freqüente de abreviá-lo.

As doenças que se expressam predominantemente na esfera somática, apesar de serem sempre totais, acarretam distúrbios morfo-fisiológicos mais ou menos localizados e costumam ter uma expressão propedêutica e agentes etiológicos presumidos ou reconhecíveis. Elas são em grande número e bastante freqüentes, atingindo largos contingentes populacionais, têm duração variável e a cura é, em geral, freqüente. Essas várias características geraram representações sobre a materialidade da doença e seu reconhecimento. Em todas, o sofrimento psíquico está presente, em menor ou maior grau, pelas mesmas razões expostas com relação à tuberculose e à AIDS. Esse sofrimento, no entanto, salvo situações excepcionais assume a forma de uma doença reconhecível e classificada como mental. Não se o diagnostica, por exemplo, como uma neurose ou uma psicose, como não se rotulava assim o sofrimento mental passado dos tuberculosos e o presente dos aidéticos.

As doenças que se expressam predominantemente na esfera psíquica e perturbam a vida de relação sem mediações aparentes, ditas mentais ou psíquicas, têm uma frequência e distribuição menos conhecidas e acompanham a vida, raras vezes causando diretamente a morte. Os psiquiatras e psico-terapeutas eximem-se de falar em cura de neuroses e psicoses. Os adoecidos dos "nervos" ou "nervosos", como os próprios se designam quando pobres (Duarte, 1986; Costa, 1987) apresentam, de hábito, manifestações orgânicas que necessariamente não adquirem formas ou representações reconhecíveis ou classificáveis como doenças somáticas ou da esfera biológica. Por que os indivíduos reagem adoecendo de modos tão diferentes, ao sentir o mundo?

Em fins do século XIX, no auge da microbiologia e da teoria da monocausalidade, acreditou-se que qualquer doença teria um único agente etiológico ou causa, subjacente às lesões e distúrbios funcionais que corresponderiam às suas ações. Houve, até no campo da psiquiatria, quem se entusiasmasse com possibilidade análoga. As doenças mentais poderiam ter um substrato morfológico, de natureza genética ou constitucional. Um dos mais singulares exemplos dessa evidência seria a psicose maníaco-depressiva, onde o fator familiar aparece com assiduidade, sugerindo a existência de um componente genético. No entanto, a psiquiatria contemporânea e, com muitas reservas, a clínica médica, se inclinaram para as teses psicanalistas, questionando esse estruturalismo organicista e dando ênfase à constituição da personalidade, onde as relações afetivas familiares adquiriram a feição de determinantes. Neuroses e psicoses seriam expressões de conflitos no campo psico-afetivo.

Alguns vão mais além, sustentando que as doenças reconhecidas e classificadas, no outro extremo, como somáticas, decorrem de um tipo de personalidade mal estruturada, com um sistema de defesa pobre e incapaz de deixar fluir respostas mais adequadas. Suas reações seriam, por isso, menos elaboradas, mais primitivas, agredindo e desorganizando as próprias estruturas e funções orgânicas (Marty, 1993: 12-43).

Para Dejours (1987), as doenças somáticas aparecem, sobretudo, em indivíduos que apresentam uma estrutura mental caracterizada pela pobreza ou ineficácia das defesas mentais, *"falta de vida onírica... má qualidade do funcionamento mental"*. Os indivíduos que apresentam essa estrutura mental *"são mais frágeis diante dos acontecimentos da vida e das situações de conflito do que os indivíduos que apresentam uma estrutura neurótica"*. Assim, por não conterem a nível mental os conflitos da realidade, eles não descompensam neurótica ou psicoticamente, mas adoecem somaticamente. Os neuróticos e psicóticos

"apresentam uma resistência excepcional às doenças somáticas e inexoravelmente, os doentes somáticos graves estão relativamente protegidos de neuroses e psicoses. A somatização só é encontrada em indivíduos com estrutura psico-neurótica quando seu funcionamento mental é, momentaneamente, colocado fora de circuito".

A relação neuro-reflexa entre a vida de relação e as reações orgânicas é pacificamente reconhecida desde os célebres experimentos de Pavlov no início do século. Uma das mais recentes novidades nesse campo é da relação neuro-reflexa com o sistema imunológico. Ao menos em cobaia, é possível reduzir a resposta do sistema imunológico de defesa orgânica, simulando a presença de um agente agressor. O inverso parece também ser verdadeiro, isto é, a elevação do nível de resposta imunológica, através de estímulos tipo placebo, não necessariamente físicos, biológicos, químicos ou medicamentosos.

Acumulam-se evidências de que o comportamento do sistema imunológico da pessoa está muito relacionado com sua postura ante a vida. Os que querem viver, vivem mais, tenham câncer, AIDS ou tuberculose.

De qualquer sorte, o ser humano é mais complexo que os macacos de Pavlov e os camundongos de laboratório. Embora preservando seus instintos naturais, aprende a satisfazê-los e às suas outras necessidades socialmente, construindo experiências coletivas. A satisfação das necessidades, instintivas ou não, são mediadas por condições e exigências do viver coletivo, que desastrosamente não são igualmente distribuídas na sociedade. O belo princípio de que *"a liberdade de um termina onde começa a do outro"*, pressupondo direitos e oportunidades iguais, é uma utopia, literalmente em seu sentido grego, *"o que não tem lugar"* (Rawls, 1993: 155-191).

Paradoxalmente, a sociedade contemporânea vive o mais fértil, produtivo e materialmente rico período de toda a história da humanidade. A despeito disso, mais de três quartos da população mundial carecem de satisfazer necessidades elementares e são alvos fáceis de doenças da desnutrição e infecto-contagiosas que consomem anualmente milhões de vida. Outros tantos milhões são vítimas de acidentes, intoxicações e mortes violentas, doenças cardíaco-circulatórias e neoplásicas que esboçam o perfil da morbi-mortalidade dos tempos modernos. Nos países mais pobres, aquelas doenças, mais primitivas, resistem em desaparecer e, nos mais ricos, as últimas crescem de forma assustadora.

O Brasil está entre uns e outros desses países, fazendo aparentemente uma lenta transição do seu perfil epidemiológico, convivendo a um só tempo com doenças velhas e doenças contemporaneamente mais frequentes (Monteiro, 1995, op.cit.). Impossível negar as relações desse perfil e de suas mudanças com as desigualdades

sociais, com a distribuição perversa de renda e a violência do e no trabalho. Suas vítimas maiores continuam pertencendo à classe trabalhadora, embora uma classe nova de trabalhadores, cuja maioria absoluta não mais está no campo ou na fábrica, mas nas atividades terciárias, grande parte, virtualmente, em "*escritórios*". Sobre ela recai não somente a violência explícita dos processos de trabalho, trazida no bojo dos períodos anteriores da revolução industrial, responsável por um número incontável de adoecidos, inválidos e mortos direta ou indiretamente pelo trabalho, mas também uma violência de outro tipo, oculta, mais sutil e crescente, que acompanha o atual ciclo de desenvolvimento e crise do capitalismo, caracterizado tecnologicamente pela aceleração da automação e por uma profunda e inacabada reorganização do trabalho .

4. ADOECIMENTO E MORTE NA CLASSE TRABALHADORA

“Se um único fator dominava a vida dos trabalhadores do século XIX, este fator era a “insegurança”. Eles não sabiam no princípio da semana quanto iriam levar para casa na sexta-feira. Eles não sabiam quanto iriam durar no emprego presente, ou se viessem a perdê-lo, quando voltariam a encontrar um novo trabalho e em que condições. Eles não sabiam que acidentes ou doenças iriam afetá-los, e embora soubessem que algum dia no meio da vida- talvez 40 anos para os trabalhadores não especializados, talvez 50 anos para os especializados- iriam se tornar incapazes para o trabalho pleno e adulto, não sabiam o que iria acontecer então entre este momento e a morte.”

E. J. Hobsbawm (1979)

Ciclos do capitalismo e morbi-mortalidade .

Miséria, doenças e mortes prematuras não eram desconhecidas antes de Cristo, nem nos 17 séculos seguintes que precederam a revolução industrial. As guerras e as epidemias, sobretudo a peste, a varíola e cólera costumavam deixar atrás de si um rastro largo e profundo de covas e vítimas em todas as classes e camadas sociais. Não eram, também, incomuns os acidentes de trabalho nas escavações de minas, canais e túneis, na construção de pontes e monumentos e na navegação.

Doenças do trabalho foram descritas no tempo do Império Romano e, entre os anos de 1400 a 1700, vários livros foram publicados sobre o assunto (Rosen, 1994, op. cit), antes que Ramazzini (1971) descrevesse, em 1700, meia centena de doenças em artífices de várias profissões e ofícios.

O que o modo de produção capitalista industrial trouxe de novo, foi a banalização e, paradoxalmente, maior seletividade da miséria, enfermidade e morte prematura por acidentes e doenças do trabalho, muitas, então, pouco ou nada conhecidas.

São inúmeras e pormenorizadas, as descrições sobre as condições de vida da população que migrava em busca de trabalho, trabalhava nas fábricas, morava aos montes em cortiços, procriava em abundância, cujos filhos morriam de doenças infecto-contagiosas, subnutridos e raquíticos, nas infectas cidades industriais no fim do século XVIII e por quase todo o século XIX, ciclo de acumulação primitiva do capital industrial. A similaridade da situação e a coincidência de época são tão grandes entre a Grã-Bretanha, França, a então Prússia e os Estados Unidos da América

que é impossível negar a paternidade e contemporaneidade de suas determinações (Marx, 1975; Engels, 1985; Thompson, 1987; Rosen, 1994; Hobsbawm, 1981).

Essas e outras descrições coincidem, também, no registro sobre a presença maciça de mulheres e crianças nas fábricas, sobretudo as têxteis, também não incomum nas minas de carvão. Assim, aos milhões, mulheres e crianças, ao par de homens adultos, com a industrialização passaram a estar sujeitos a acidentes e a inalar gases, vapores e poeiras orgânicas e minerais em jornadas de trabalho exaustivas e extensas, elevando extraordinariamente o número de acidentes e, principalmente, de doenças consumptíveis e respiratórias.

A silicose e as várias pneumoconioses tornaram-se extraordinariamente freqüentes nas indústrias carboníferas e de mineração de ferro e outros metais, ao mesmo tempo em que se fizeram corriqueiras a bissinose e a asma provocadas pela inalação de poeiras orgânicas nas indústrias de algodão, linho e cânhamo. Como escreve Rosen (1994, op.cit.: 206-214) é nesse contexto que Thackrah publica, em 1831, o primeiro livro sobre saúde ocupacional na Inglaterra, Villarmé (França) e Kay (Inglaterra) estudam doenças pulmonares em trabalhadores têxteis e Chateaufort e Lombard (França), doenças ocupacionais e tuberculose. Segundo Morgan (Morgan e Seaton, 1975: 275), as taxas de mortalidade dos trabalhadores têxteis na Inglaterra, em 1897, estavam acima da população geral e nos dias atuais, *"há pouca dúvida que a bissinose permaneça uma causa significativa de incapacidade e morte"*.

No final do século XIX e nas primeiras décadas do atual, nos países prematuramente industrializados, as doenças infecto-contagiosas e parasitárias e as epidemias declinaram. Para tal contribuíram a reforma urbana das cidades industriais e portuárias, a disponibilidade doméstica quase universal de água tratada e de rede de esgoto, a melhoria (discutível) do rendimento da classe trabalhadora, o provimento por parte do estado de serviços públicos de saúde com suas campanhas sanitárias de vacinação, expurgo e *"quarentenas"* compulsórias e a higienização dos portos. Com a queda da mortalidade infantil e da natalidade, muda o perfil da morbi-mortalidade da classe trabalhadora e muda, conseqüentemente, o da população dos países que se industrializaram cedo, em ritmos e tempos diferentes, mas bastante parecidos e próximos.

A intensificação da industrialização, o aperfeiçoamento dos motores de combustão interna, o uso dos combustíveis fósseis, o crescimento da indústria pesada e da indústria química, a exploração intensiva de minérios e da natureza, as grandes obras de engenharia civil, a expansão e desenvolvimento dos transportes, o crescimento das cidades, a expansão do capitalismo para os países colonizados da África, Ásia e Américas, as guerras colonialistas e imperialistas, o crescimento do capital financeiro disponível antes da primeira guerra mundial, que caracterizaram os

primeiros cinquenta anos do segundo ciclo de acumulação capitalista, pré-monopolista, fizeram com que aumentassem extraordinariamente os acidentes e doenças do trabalho (Navarro & Berman, 1982). À medida que o capitalismo se expandia para as colônias e países política e economicamente colonizados, em um primeiro momento levou junto às doenças infecto-contagiosas (Stepan, 1975: 67-100; Costa, 1985: 33-51; Garcia, 1989, op.cit.) e, no momento imediato, quando se industrializaram, os acidentes e doenças do trabalho (Ribeiro e Lacaz, 1984; Faleiros, 1992: 45-51; Laurell, 1982: 211-236; Vinalinam, 1982: 254-270).

Há muitas discussões, dogmas e equívocos sobre as doenças infecto-contagiosas e parasitárias, como a malária, a peste, a lepra, a tuberculose, a febre amarela, a varíola, trazidas com a colonização, que acabaram por se tornar endêmicas e rotuladas de "*tropicais*", fazendo de suas principais vítimas trabalhadores índios e negros escravizados e trabalhadores brancos livres. Algumas, como a malária, a esquistossomose e a doença de Chagas são doenças que atingem trabalhadores rurais e suas famílias que as contraem no trabalho ou porque são obrigados a viver como vivem. Mas para o sistema normalizador e discriminatório do seguro social e da medicina ocupacional, essas não são doenças do trabalho, mas *doenças do meio*. Aliás, não faz muito tempo que nem mesmo aquelas resultantes diretas do trabalho industrial mereciam tal rubrica.

As teorias sobre exposição e risco que vão ganhar sistematização e chancela das correntes epidemiológicas e acadêmicas no decorrer do presente século (Ayres, 1995.) tem suas origens aí, nos limites estabelecidos pelo capital, mediados pela medicina, sobre o que deve ou não ser considerado como doença e acidente do trabalho, para efeito de tributação e compensação e como devem ser entendidas as demais, tidas como *doenças infecto-contagiosas, crônico-degenerativas, do meio ambiente, tropicais, do estresse*, etc.

Nesse meio tempo, à medida que o desenvolvimento capitalista prossegue e transpõe mares e fronteiras, no rastro vai deixando um número cada vez maior e freqüente de acidentes e doenças do trabalho a serem catalogados. É, porém, uma contagem individual, caso a caso, que começa entre muros de fábricas e empresas e continua assim, quase secreta, nas repartições dos ministérios do trabalho e da previdência social ou das empresas de seguro.

De tragédia e problema social, os acidentes e doenças do trabalho passam a ser uma questão de contagem e contabilidade, do que fazer, menos com a realidade que os números de certa forma revelam e mais sobre como proceder para reduzir o seu registro e o pagamento de benefícios. Nem mesmo acidentes e doenças coletivos e catastróficos escapam da regra de mascarar.

Na viagem inaugural do transatlântico Titanic, o drama dos ricos, que iam a passeio ou a negócios e que constituíram a maior parte dos que se salvaram ocupando os 1.178 lugares disponíveis nos escaleres, para uma necessidade mínima de 2.224 pessoas embarcadas, virou tema de filme, obscurecendo o fato de que a maioria dos 1.513 mortos no naufrágio em 14 de abril de 1912, era de tripulantes e trabalhadores pobres e familiares que migravam e viajavam na 2a e 3a classes.

Na construção do Túnel ferroviário de São Gottardo, que atravessa os Alpes, inaugurado em 1906, estima-se haver morrido 10 mil trabalhadores (Assenato & Navarro, 1983: 152-168).

Em 25 de março de 1911, morreram 145 dos 500 trabalhadores de uma indústria têxtil que ocupava três dos dez andares de um edifício na cidade de New York, no incêndio de suas instalações, entre outros motivos, pela falta de escadas de serviço. A maioria era de mulheres, crianças e migrantes judeus e italianos (Berman, 1983: 168-193).

Investigação do Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos, realizada entre 1913-1915, constatou que 60% dos 720 trabalhadores das minas de chumbo e zinco estavam com silicose e que a prevalência dessa doença era bastante elevada entre graniteiros de Vermont e escavadores de túneis do Estado de New-York (Morgan e Seaton, 1975, op.cit.:82)

Na escavação do túnel da Ponte de Gauley, em West-Virginia, EUA, em 1931, morreram 476 trabalhadores com silicose, de evolução extremamente rápida. Outros 1.500 ficaram incapacitados pela doença, a maioria, negra. Detalhe grotesco: para evitar a autópsia e processos indenizáveis por parte dos familiares, foi quase imediato o sepultamento das vítimas, com um tempo médio de três horas entre a ocorrência do óbito e o enterro (Bearman, 1983: 43-44; Morgan e Seaton, 1975, op.cit.:82).

Com o advento da indústria pesada que marca tecnologicamente a passagem para o segundo ciclo do desenvolvimento capitalista, os números oficiais ou oficiosos, ao menos dos acidentes típicos de trabalho, mais difíceis de negar ou esconder, se tornaram impressionantes, apesar das práticas de ocultação e sub-notificação.

De 1919 e 1927, o Departamento de Trabalho dos Estados Unidos registrou números anuais com variações entre 1.277.220 a 1.687.957 acidentes do trabalho e números de mortes que variavam entre 9.392 a 12.531 óbitos. (Berman, 1983, op. cit.: 54-57)

De 1950 a 1973, ao menos 15.533 trabalhadores ingleses encontraram a morte no trabalho, numa média de duas a três por dia (Clutterbuck, 1983: 141-151).

De 1949 a 1978, na República Federal da Alemanha, foram registrados 72,7 milhões de acidentes e doenças do trabalho, com uma média anual de 2,4 milhões. Daquele total, 65 milhões (90,0%) foram acidentes tipicamente do trabalho, 6 milhões

(8,6%) por acidentes de trajeto e 1 milhão (1,4%) por doenças ditas ocupacionais. Dos acidentes típicos de trabalho, 151 mil resultaram em morte, numa média anual de 5 mil óbitos. Em 1977, dos 1,8 milhões de acidentes tipos registrados, 2.970 mil (0,2%) resultaram em morte. No mesmo ano, a mortalidade por acidentes de trajeto foi 3,5 vezes maior, pois dos 186 mil ocorridos, 1.305 (0,7%) foram a óbito (Deppe, 1983: 193-207).

Já em meados do século XIX, o número de acidentes e doenças do trabalho vinha crescendo de tal modo nas indústrias de mineração, metalurgia e têxtil, que sistemas de reparação financeira às vítimas e familiares começaram a ser implantados. A primeira institucionalização de um sistema do gênero ocorreu na Prússia, com Bismarck, administrado pelo Estado, provindo os recursos da taxação das empresas. Nas décadas subsequentes, com roupagens diferentes eles se estenderam aos vários países capitalistas europeus. No caso dos Estados Unidos o sistema foi implantado sob a forma de seguro privado com intervenção direta das indústrias, sobretudo, das do setor metalúrgico e de aço (Berman, 1983, op. cit.: 90-132).

As intoxicações por metais pesados (chumbo, manganês, mercúrio, fósforo, etc) e por substâncias químicas se tornaram habituais entre os trabalhadores, obrigando à criação de uma legislação específica que caminhou, a duras penas, para o estabelecimento de níveis máximos de tolerância permitidos, face à resistência patronal em alterar os processos de produção ou substituir os materiais e agentes de causalidade nociva evidente(Colacioppo,1989). Mais ainda resistiu o capital à redução do "*tempo de exposição*", melhor dir-se-á, *tempo de sujeição*, impondo, por muitos anos ainda no século XX, jornadas de trabalho acima de 12 e mais horas.

O desenvolvimento das atividades mercantis, das comunicações, transportes e dos serviços de toda ordem fez crescer o número de ocupações e empregos no setor terceiro, ensejando o aparecimento de uma série de novas categorias e profissões, onde o trabalho de *escrituração*, realizado de maneira mais ou menos sedentária, constitui a principal tarefa .

O tarefa de *escrituração* não é uma tarefa nova, embora até o século XVIII fosse quase restrita aos escribas e anotadores que utilizavam pena de ave como instrumento de trabalho. É entre esses que Ramazzini vai encontrar e descrever em seu livro, a sensação de peso e dores nas mãos, braços e ombros que atribuiu à atenção, concentração, tensão muscular estática, esforço repetitivo e sedentarismo, sintomas que ele classificou de "*doenças dos escribas*".

No curso do capitalismo industrial, a *escrituração* deixou paulatinamente de ser uma forma artesã de trabalho, perdendo seu caráter qualificado e passando a ser uma tarefa de simples escrita, exercida por *escriturários* em várias atividades econômicas. Os principais instrumentos de trabalho continuaram sendo a *pena*, agora

de metal, e o papel. Os mesmos sintomas da doença dos escribas, feitos escriturários, apareceram com frequência bem maior, por ser a nova categoria assalariada por horas e, certamente, maior o número de horas trabalhadas, com a total perda de autonomia do trabalho.

Formas mais modernas de comunicação e escrita, através de teclados, vieram a acarretar sintomas idênticos, descaracterizando o caráter "*ocupacional*" e limitado da doença, assumindo uma expansão e crescimento progressivos que, após os meados do presente século, atingiu, praticamente, todas as atividades e categorias de trabalhadores.

De que adoecem e morrem os trabalhadores no Brasil

A evolução histórica do adoecimento e da morte na classe trabalhadora dos países capitalistas semi-periféricos ou periféricos, guardadas as peculiaridades de cada um, não tem sido muito diferente da dos países precocemente industrializados, como registram Laurell (1983); Garcia, 1983; Vinalinam (1983), Breilh e Granda, 1984; Castleman (1983), Ribeiro e Lacaz (1985); Laurell e Noriega, 1987; e Mendes (1995). Obviamente, há de se observar, em primeiro lugar, a defasagem de tempo, ritmo e condições históricas e econômico-sociais e as circunstâncias externas e internas do desenvolvimento capitalista desses países e de suas conseqüências sobre a saúde da população em geral e a dos trabalhadores em particular.

Alguns assinalamentos quanto às similaridades e diferenças dessas evoluções parecem mais importantes à intenção principal desse texto, qual seja, a violência do trabalho no capitalismo industrial. De lado, portanto, ficará a questão do trabalho escravo, embora haja referências de que escravos trabalharam na indústria têxtil brasileira em seus primórdios (Ribeiro, 1986: 23-25). Mais relevante é sinalizar o papel do Estado brasileiro, já republicano, que em 1903 cria a Diretoria Geral de Saúde dentro do Ministério da Justiça e a entrega a um médico jovem e voluntarioso, Oswaldo Cruz, para implantar, "*manus militaris*", políticas estratégicas e ações sistemáticas no campo da saúde pública, restringindo-as a algumas áreas geo-políticas e econômicas críticas. Em 1920, essa diretoria é transformada em Departamento Nacional de Saúde, de alcance bem mais amplo, encarregando-se um brilhante discípulo daquele, Carlos Chagas, a responsabilidade de redefinir e balizar estratégias e ações dentro de contextos nacionais e internacionais bem diferentes. Vivia-se o após 1ª. guerra mundial, uma primeira e vitoriosa revolução socialista e caminhava-se, mais

celeremente e dentro do segundo ciclo de desenvolvimento do capitalismo, para sua fase francamente monopolista, sob a hegemonia dos EUA.

As intervenções do Estado no campo da saúde pública adquiriram a feição de políticas e ações sistêmicas antes dos séculos XVII e XVIII. Inglaterra, França e Alemanha já as vinham praticando, cada uma a seu modo, dentro dos seus territórios, em bases empíricas e sem os conhecimentos e recursos tecnológicos disponíveis no fim do século XIX. “

Ao seu jeito, o Brasil império não deixara de fazê-lo. A epidemia de febre amarela que aportou em 3 de dezembro de 1949 no Rio de Janeiro com a barca norte-americana “Navarre” e tirou a vida de 4.160 pessoas em menos de dez meses, teve as providências das autoridades e dos médicos, correspondentes ao conhecimento da época: sangrias, ventosas, purgativos. Cuidou, também, a posteriori, de legislar sobre a matéria (Franco, 1969: 35-44). Mas como ressalta Rosen (1994: 231-266), os dois últimos decênios desse século, se constituíram em uma fase áurea para a bacteriologia, quando foram identificados os agentes etiológicos responsabilizados diretamente por uma série de doenças infecciosas e parasitárias, começando pelo do tifo em 1880 e findando com o da febre amarela em 1990. O conhecimento sobre a biologia e formas de transmissão desses micro-organismos e das reações que provocavam, permitiram avanços tecnológicos importantes e formas novas de intervenção, algumas de elevada eficácia, como o combate à reprodução desses agentes e de seus vectores, e a imunização através de vacinas específicas.

Apesar da relevância, não se tratará dessa questão, apenas se sinalizando a não mera coincidência entre a urbanização acelerada, a crescente predominância de doenças infecto-contagiosas e parasitárias e o processo, tardio em alguns decênios, da industrialização do país, igualmente iniciado com a indústria têxtil, à semelhança dos países de desenvolvimento industrial precoce.

As medidas e campanhas sanitárias levadas a cabo nas cidades portuárias, principalmente, nos Estados de São Paulo e Rio de Janeiro, na passagem do século XIX para o atual, visando conter várias dessas doenças, tinham como objetivos primordiais proteger o principal produto de exportação brasileiro, o café, e a importação de produtos manufaturados (Costa, 1985: 33-53), controladas hegemonicamente pelo capital estrangeiro. Essas medidas e campanhas, acabaram beneficiando, indistintamente, as atividades econômicas dos setores terciário e secundário, não diretamente ligadas ao setor cafeeiro e de importação, ao estabelecer em torno daquelas cidades e portos, um “cordão sanitário” protetor, de relativa eficácia, para a contenção de algumas doenças de comportamento epidêmico ou “pestilencial”, que estavam a prejudicar os investimentos de capital, mas que não cumpriam o mesmo papel em relação a outras, de caráter endêmico, que embora

atingindo duramente a saúde dos trabalhadores não provocavam o crescimento brusco da morbi-mortalidade e ausências ao trabalho e não perturbavam a produção, sendo menos visíveis e mais passíveis de ocultação. O *tratamento* dado à tuberculose é, mais uma vez, exemplar.

A tuberculose permaneceu entre nós, ao menos nos três primeiros decênios do presente século, como uma das principais causas de morte entre todas as doenças transmissíveis sob o "*controle*" das autoridades sanitárias, com taxas nunca inferiores a 2:1.000 mortes nas áreas urbanas e suburbanas da cidade do Rio de Janeiro, então capital da República (Costa,1985,op.cit.:78). Medidas draconianas e repressivas foram adotadas com relação às doenças epidêmicas, de notificação compulsória, entre as quais a tuberculose não foi incluída, mesmo após ser criada, na década de 20, a Inspetoria de Profilaxia da Tuberculose. A recomendação expressa aos fiscais e técnicos desse serviço estatal era para manter sob sigilo a identidade do adoecido, registrando-o, apenas, pelas iniciais, podendo ele permanecer trabalhando nas fábricas e oficinas, presumivelmente, mesmo quando seu estado era de contágio. As medidas profiláticas oficiais, no entanto, estabeleciam a obrigatoriedade do exame bacteriológico do escarro, quando da visita aos locais de trabalho, a proibição dos tuberculosos exercerem funções de ensino ou trabalharem em estabelecimento de comércio ou produção de alimentos (Costa,1985,op.cit.:104).

As doenças e acidentes de trabalho sequer eram mencionados pelas autoridades sanitárias e, menos ainda, cogitara o Estado brasileiro de adotar medidas para preveni-los, puni-los ou compensá-los. Quatro tentativas legislativas nesse sentido foram abortadas, antes que a quinta se tornasse a primeira lei acidentária.

Promulgada em 15.01.1919, essa lei responsabilizava os empregadores pela indenização das vítimas, atribuindo à instância policial o registro de tais ocorrências, convalidando as charges da época, que diziam que as questões do trabalho eram "*caso de polícia*".

De qualquer modo, ela inaugura uma nova postura do Estado face ao conflito entre o capital e o trabalho. Não só ela é regulamentada no mesmo ano, como a sucede uma série de leis e decretos na mesma década que configuram um arcabouço jurídico novo sobre a matéria (Oliveira e Teixeira,1985: 50; Saad, 1995: 50-113).

Em 1923 é promulgada a Lei Eloy Chaves criando as caixas de beneficência e assistência médica para várias categorias e no mesmo ano é criado o Conselho Nacional do Trabalho. Em 24.12.1925, o decreto legislativo n.4.982 estabelece o regime de férias para trabalhadores fabris, do comércio e bancos. Em 20.12.1926, um outro, n. 5.109 estabelece o regime de estabilidade no emprego após dez anos de trabalho. Em 1926, a reforma constitucional institui a competência do Estado de legislar e intervir nas questões do trabalho. Em 1927 é regulamentado o trabalho do

menor. Em 1930 é criado o Ministério do Trabalho com a atribuição, entre outras, de fiscalizar os ambientes e condições de trabalho.

Após anos de denúncias e reivindicações dos trabalhadores sobre as condições e ambientes de trabalho fabris, que aparecem somente na imprensa operária e em alguns relatórios do Departamento Estadual do Trabalho de São Paulo, começam a aparecer relatos mais assíduos sobre as doenças do trabalho, agora realizados pelo Departamento Nacional de Trabalho do novo ministério, alguns alusivos a doenças respiratórias na indústria têxtil (Ribeiro, 1988 , op.cit. :116-131; 132-170).

O decreto de n. 24.637 de 10.07.1934 é o segundo instrumento a legislar sobre os acidentes de trabalho. Ele traz algumas inovações importantes: estende o conceito de acidente às doenças do trabalho, abole a exigência do trabalho como causa única do infortúnio, isto é, abre caminho para a aceitação do princípio da concausa e passa a obrigar o empregador a manter contrato de seguro para cobertura das despesas com indenizações aos trabalhadores acidentados.

Dez anos mais tarde, o decreto lei no. 7036 de 10.11.1944 amplia substancialmente os direitos acidentários: obriga ao médico que atender o acidentado do trabalho emitir o atestado competente no início e fim do tratamento; institui normas de prevenção e higiene do trabalho e de reabilitação profissional; torna mais severas as obrigações do empregador e da seguradora; consagra definitivamente o princípio da concausa do trabalho na ocorrência de acidentes e doenças; estabelece a obrigação de o empregador comunicar todo acidente ou doença profissional à autoridade judiciária ,etc.

Novos instrumentos legais na área acidentaria só viriam a acontecer em 1967, portanto, 23 anos depois, num cenário político nacional e internacional bastante diferente e desfavorável para a classe trabalhadora. Ao contrário daquele que ensejara o decreto anterior, num período de afrouxamento da ditadura de Vargas e de participação do Brasil na .guerra mundial contra o nazi-fascismo, passáramos, desde 1964, a viver sob uma ditadura militar francamente alinhada à "guerra fria" dos países capitalistas centrais que haviam ingressado em pleno ciclo de desenvolvimento oligopólico e de intervenção política franca e não raramente armada nos países periféricos menos alinhados às suas políticas.

Não seria, pois, surpreendente que os novos instrumentos legais objetivassem a retirada ou minimização de direitos e benefícios acidentários e trabalhistas. O caráter derogatório e centralizador do primeiro dessa nova série de decretos-leis e decretos, de n. 5.316 de 14.02.1967, é bastante evidente. A competência do julgamento das demandas acidentárias passou da justiça estadual para a federal e tornou impositivo o recurso administrativo antes de pretensões em juízo (Ribeiro & Lacaz, org.,1984, op.cit.: 65-85).

Compelido pelas falências de duas seguradoras, a Segurança Industrial e a Protetora, uma nova lei estatiza o seguro acidentário que passa para a previdência social estatal, mas dentro da lógica da acumulação de capital, os benefícios a serem pagos aos trabalhadores pela incapacidade provocada pelos acidentes de trabalho caem drasticamente de valor.

Outro decreto, de n.893, de 26.09.1969, entre outras perdas, restringe ainda mais a concessão de benefícios quanto à incapacidade de trabalho, subordinando-a ao estabelecimento da causalidade direta pelo trabalho e revoga a obrigatoriedade de aproveitamento do acidentado pelo empregador.

A partir desse cenário, não causou surpresa o fato de que o número de ações acidentárias propostas em juízo caísse. Na comarca de São Paulo, em 1965 tinha havido 21.853 ações propostas. Em 1975 elas caíram para 6.414, justo no ano em que o número de acidentes do trabalho no país se colocara acima de 1,9 milhão.

O retrocesso da legislação acidentária prosseguiu com a lei no. 6.367, de 19.10. 1976. A reparação de incapacidade menor até 25% foi simplesmente eliminada, os auxílios acidentários reduzidos, as doenças relacionadas ao trabalho desclassificadas, restritas novamente às "*doenças profissionais*".

O recuo da legislação pós 1967, parece traduzir uma tendência de se abolir a responsabilidade da previdência social estatal para com os acidentes do trabalho, igualando os benefícios acidentários aos benefícios previdenciários ordinários e remetendo os trabalhadores acidentados à justiça comum, para pleitearem dos seus empregadores as indenizações pelos acidentes de trabalho, retroagindo à legislação acidentária de 1919, invocando, no caso, o ato culposos do empregador ou preposto, muito difícil de comprovação em juízo.

Em termos conceituais, o que ainda prevalece na legislação acidentária brasileira é a doutrina da responsabilidade objetiva, ou seja, a vítima deve ser ressarcida financeiramente do dano, independente da culpa e culpados, para isso o empregador contribui para o seguro social, através, inclusive, de uma taxa acidentária diferenciada e proporcional ao *risco profissional* do trabalhador se acidentar ou adoecer; mas ela caminha parece que inexoravelmente para a doutrina do *risco social*, em tese mais abrangente e generosa, porém muito difícil de vigorar em países periféricos de capitalismo tardio, onde os benefícios sociais de qualquer natureza são escassos, e mais ainda se tornam nessa fase de neo-liberalismo.

Tal retrocesso não foi interrompido com o fim do regime militar; ao contrário, aquela tendência parece haver se acentuado na presente década com as políticas neo-liberais vigentes. No entanto, nem a nova tendência, nem a anterior, apaga o significado e importância do fenômeno que as geraram, qual seja, o crescimento do número e gravidade dos acidentes e doenças do trabalho que acompanharam o

segundo ciclo do desenvolvimento do capitalismo industrial no Brasil, que tem, também aqui, a instalação da indústria pesada como um dos seus marcos.

Agora, também com defasagem de tempo e sem concluir o ciclo anterior, adentramos em outro ciclo de desenvolvimento capitalista, marcado, sob o ponto de vista da produção, pela rápida incorporação de tecnologias de automação e informatização e nova organização do trabalho, com reflexos profundos sobre o trabalho e a vida das pessoas. Essa defasagem de desenvolvimento industrial, científico e tecnológico, medida habitualmente em anos, talvez irreversível, traz implícita a manutenção das mazelas precedentes, de rastro indelével, expressas nos indicadores vitais, sociais e sanitários. As elevadas taxas de mortalidade infantil que, em alguns estados brasileiros, se aproximam daqueles da Inglaterra na primeira metade do século XIX, a persistência de doenças endo-epidêmicas como a cólera, tuberculose e a lepra, paralelamente ao número atual de acidentes e doenças incapacitantes ou mortais, evidenciam uma transição não apenas lenta, mas amarga e difícil de perfil epidemiológico.

Em oportunidades anteriores, procurando analisar significados e tendências, Ribeiro e Lacaz (1985, op.cit.: 55-85; 190-209), Ribeiro (1986, op.cit.), Ribeiro (1994, op.cit.), se debruçaram sobre as estatísticas oficiais relativas aos acidentes e doenças do trabalho no Brasil, que, a partir de 1971 passaram a ser publicadas com regularidade nos anuários estatísticos.

A tabela 11 é do último desses trabalhos (Ribeiro, 1994) atualizada com os dados relativos aos anos de 1991 e 1992. Há pequenas diferenças se comparada à tabela construída por Wunsch (1995) que utilizou como fonte o Boletim Estatístico de Acidentes de Trabalho (BEAT) /INSS/ DATAPREV

Para os que analisam as estatísticas de doenças e acidentes do trabalho partindo da tese da existência de uma flagrante desigualdade nas relações conflituosas entre o capital e o trabalho e dos grandes interesses econômicos e políticos em jogo, o corolário é que as empresas os ocultam e subnotificam e as seguradoras estatais e privadas os desqualificam. Assim, pressupostamente, há uma enorme e desconhecida subestimação desses infortúnios, mesmo para os mais típicos deles, os acidentes, quaisquer que sejam os números e variações anuais ou periódicos anunciados oficialmente.

Seguramente, nesse grupo de analistas há mais consenso do que dissenso sobre as causas das presumidas diferenças e variações entre os números reais e os notificados de acidentes e doenças do trabalho nacionais.

Tabela 11-Acidentes do trabalho urbanos registrados no Brasil segundo a natureza.
1971/1992

ANO	Acidentes Tipo		Acidentes de Trajeto		Doenças do Trabalho		total
	n°	%	n°	%	n°	%	n°
1971	1.306.335	98,3	18.136	1,3	4.050	0,3	1.330.523
1972	1.479.316	98,3	23.016	1,5	2.389	0,1	1.504.723
1973	1.602.517	96,1	28.395	1,7	1.784	0,1	1.632.697
1974	1.756.649	97,7	36.273	2,1	1.839	0,1	1.796.761
1975	1.869.689	97,5	44.307	2,3	2.191	0,1	1.916.187
1976	1.692.833	97,0	48.394	2,7	2.598	0,1	1.743.825
1977	1.562.957	96,7	48.780	3,0	3.013	0,1	1.614.750
1978	1.497.934	96,5	48.551	3,1	5.016	0,3	1.551.501
1979	1.388.527	96,1	52.279	3,6	3.823	0,2	1.444.627
1980	1.404.531	95,9	55.967	3,8	3.713	0,2	1.464.211
1981	1.215.539	95,6	51.722	4,0	3.204	0,2	1.270.465
1982	1.117.822	94,8	57.874	4,9	2.766	0,2	1.178.472
1983	943.110	94,0	56.989	5,6	3.016	0,3	1.003.115
1984	901.238	93,7	57.054	5,9	3.283	0,3	961.575
1985	1.010.340	93,7	63.515	5,8	4.006	0,3	1.077.861
1986	1.129.152	93,4	72.702	6,0	6.014	0,5	1.207.868
1987	1.065.912	93,7	64.830	5,7	6.382	0,5	1.137.124
1988	927.424	93,4	60.284	6,0	5.029	0,5	992.737
1989	732.635	92,6	51.592	6,5	5.600	0,8	790.327
1990	632.012	91,1	56.343	8,1	5.217	0,7	693.572
1991	579.362	83,6	46.679	6,7	5.215	0,7	692.322
1992	490.916	92,1	33.299	6,2	8.299	1,5	532.514

fontes: 1. PNAD/IBGE Anuários Estatísticos do Brasil/IBGE - 1972/1992

2. Ribeiro, 1994.

Parece consensual que o número e gravidade dos acidentes se elevam com o crescimento das atividades industriais de transformação, sobretudo metal-metalúrgica e da construção civil. Esse dois ramos juntos foram responsáveis por 56% dos acidentes tipo no setor industrial e 37% de todos os acidentes tipo ocorridos em 1978 (Ribeiro, 1994, op.cit.: 14-19). Algumas das variações para cima e para baixo da série apresentada acima decorreria de fases alternadas e irregulares de crescimento e recessão econômica e industrial (Wünsch, 1995,op.cit.). Eles seriam em maior número nas pequenas e médias empresas que nas grandes (Mendes,1975), provavelmente em

decorrência da fadiga agravada pela extensão da jornada de trabalho (Possas,1981: 164-175) .A informalidade das relações do trabalho no setor primário, bastante freqüente na construção civil, particularmente nas pequenas obras, e em vários ramos do setor terceiro, como o trabalho doméstico, deixa fora dos registros oficiais esses eventos. A terceirização da produção por si mesma e por favorecer a informalidade e o aumento da rotatividade do trabalho contribui também para a subnotificação.

A normalização promovida pela previdência social, com base na legislação mutante, vem alterando os conceitos sobre o que seja ou não acidente de trabalho, quem deve ,o que deve e quando deve notificar, favorecendo o subregistro (Ribeiro e Lacaz,1985 ,op.cit.:67; Possas, 1981, op. cit.); Nas grandes e médias indústrias, seja pela incorporação de inovações tecnológicas, seja pela redução do número de trabalhadores ou métodos novos de controle do trabalho, o número de acidentes pode estar caindo (Ribeiro,1994c, op.cit.;Wünsch,1995,op.cit.p.301-302). A subnotificação é facilitada ainda pelo medo da perda do emprego que diminui a cobrança pelo trabalhador para que a empresa emita a comunicação nos casos de acidentes leves, que não implicam afastamento prolongado. Tais acidentes correspondem a 96% do total de acidentes tipos, requerendo simples assistência médica em 14%, em média ou assistência médica com afastamento por incapacidade temporária em 82%, em média), como mostra a tabela 12.

Não há certeza, porém, se a somatória dessas causas explica inteiramente o divórcio entre o decréscimo tão grande dos acidentes tipo nessas duas décadas e crescimento continuado da massa absoluta de segurados, crescimento maior no setor terceiro , menos sujeito a acidentes dessa natureza , mas também expressivo no setor industrial.

Algumas palavras finais sobre as estatísticas referentes aos óbitos e doenças do trabalho. Os primeiros estiveram na casa dos quatro mil em quase todos os anos após 1978 para caírem para casa dos três mil em 1992 e atingir os cinco mil em 1990. As variações dos óbitos parecem estar relacionados aos acidentes de trajeto (Wünsch, 1995). Quanto às segundas, a tendência verificada dez anos para cá, principalmente nos cinco últimos e mais claramente em 1992 é de aumento franco, possivelmente, em função da notificação crescente das lesões por esforços repetitivos (LER).As últimas estatísticas do INSS, mesmo excluindo três estados menores, revelam ter ocorrido em 1995, 20.656 notificações de doenças do trabalho, mais do dobro das registradas em 1992 e quatro vezes maior que as comunicadas em 1990.

Tabela 12- Acidentes do trabalho liquidados pelo INSS segundo a consequência - 1972/1989

ANO	SAM		IT		IP		ÓBITOS		TOTAL
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
1972	183.307	12,0	1.292.783	84,7	46.452	3,0	2.938	0,1	1.525.480
1973	149.811	9,1	1.428.432	87,0	58.829	3,5	3.122	0,1	1.640.194
1974	158.858	8,5	1.607.357	87,6	65.354	3,5	3.764	0,2	1.833.333
1975	168.371	9,0	1.625.797	86,9	70.810	3,7	3.942	0,2	1.868.920
1976	168.002	9,5	1.521.155	86,4	65.927	3,7	3.900	0,2	1.758.984
1977	206.526	12,5	1.397.912	85,0	34.415	2,0	4.455	0,2	1.643.298
1978	242.433	15,2	1.293.889	82,8	21.091	1,3	4.342	0,2	1.561.765
1979	198.946	13,4	1.250.677	84,7	21.790	1,4	4.673	0,3	1.476.056
1980	207.371	13,7	1.265.468	84,0	27.925	1,8	4.824	0,3	1.505.588
1981	166.613	12,8	1.100.193	84,5	29.921	2,2	4.808	0,3	1.301.535
1982	140.123	11,5	1.042.487	85,5	31.816	2,6	4.496	0,3	1.218.922
1983	124.134	11,8	891.963	84,9	30.166	2,8	4.214	0,4	1.050.477
1984	131.179	12,8	855.201	83,8	28.628	2,8	4.508	0,4	1.019.516
1985	153.209	14,0	906.833	83,0	27.284	2,5	4.384	0,4	1.091.710
1986	164.033	13,7	1.000.280	83,8	24.190	2,0	4.680	0,4	1.193.183
1987	170.613	14,5	975.849	83,0	23.150	1,9	5.238	0,4	1.174.850
1988	147.415	14,5	839.370	82,9	20.875	2,0	4.616	0,4	1.012.276
1989	125.412	15,4	663.515	81,6	19.541	2,3	4.091	0,5	812.559

SAM: Simples assistência médica; IT: Incapacidade temporária; IP: Incapacidade permanente

fontes 1. PNAD/IBGE Anuários Estatísticos do Brasil - IBGE

2. Ribeiro, (1994)

A difícil comprovação da concausa do trabalho e a recusa habitual por parte da previdência social em aceitá-la como explicação para o aparecimento ou recrudescimento de doenças não tipificadas como ocupacionais, com base na legislação acidentária, cada vez mais menos diferenciada, têm dificultado a notificação das doenças do trabalho e o reconhecimento da incapacidade provocada, obtida agora, quase unicamente ,em juízo.

Em 1975, quando a taxa de doenças incapacitantes em relação ao número de segurados era da ordem de 74: 1.000, as neuroses, doenças hipertensivas, ósteo-artroses, epilepsia e tuberculose foram tidas como responsáveis por 33% dos casos de incapacidade .Mas nunca, nem mesmo as doenças tipificadas como do trabalho tiveram trânsito fácil na previdência social. Por exemplo, a bissinose e a asma provocadas pela aspiração de poeiras de algodão cru, sabidamente tão habituais na

indústria têxtil, excepcionalmente têm sido diagnosticada no Brasil (Nogueira & col., 1973). São raros, também, os casos relatados de asbestose (Nogueira & col., 1975)

Constituindo hoje, junto com a surdez pelo ruído, as mais notificadas doenças do trabalho, as LER, apesar dos percalços, tiveram um reconhecimento bem mais rápido e tranqüilo das autoridades sanitárias e previdenciárias brasileiras, embora sem ter uma relação de causa e efeito definida. Apesar da resistência contumaz dos empregadores, contribuiu para isso, a alta frequência, no início, em empresas estatais de serviços, a velocidade do crescimento do número de casos em trabalhadores de todas as categorias, o fato de fenômeno similar estar ocorrendo nos países mais precocemente industrializados que incorporaram anteriormente a automação e novas formas de administração do trabalho e, sem dúvida, a pressão sindical.

Na década de 30, o Estado brasileiro assumiu uma postura condizente com seu papel de agente promotor do desenvolvimento capitalista industrial e de *"mediador"* do conflito entre o capital e trabalho. Uma das estratégias que adotou para reduzir a temperatura desse conflito, foi instituir um sistema de previdência social e assistência médica, criando os institutos de aposentadoria e previdência social por categoria, começando pelo dos marítimos em 1933 e dos bancários em 1934.

Perfilavam-se, assim, as imposições e necessidades similares àquelas dos países europeus industrializados, embora em conjunturas e contextos político-econômicos e sociais internacionais e nacionais outros. Esse sistema *reparador* haveria, por isso, de ter características muito particulares.

Superavitário, desde a criação das caixas beneficentes previstas com a Lei Eloy Chaves, o sistema, após os anos 30, vai funcionar como instrumento de capitalização e investimentos para a criação de grandes empresas do estado nos setores elétricos, siderúrgico e ferroviário:

"Dado o grande montante de recursos mobilizados e o tamanho das reservas investidos, a Previdência Social foi se transformando, aos poucos, num dos mais importantes "sócios" da União e das empresas semi-estatais que Vargas faz nascer. Em outras palavras, a Previdência tornou-se um mecanismo de acumulação financeira em mãos do Estado, graças ao "regime de capitalização"
(Oliveira & Teixeira, 1985, op.cit.:142).

Em suma, o sistema, originariamente reparador das agruras do trabalho, serviu, via Estado, ao desenvolvimento do capital.

Percebe-se, tomando como referência os aspectos mais visíveis da morbimortalidade da classe trabalhadora que ela tem uma evolução que acompanha o desenvolvimento capitalista e os instrumentos de enfrentamento de suas mazelas são mais ou menos os mesmos. Parece evidente que na fase de acumulação primitiva do capitalismo industrial, também entre nós, predominavam as doenças originárias diretamente do baixo consumo de bens e serviços, das condições de vida e classe, ainda que estivessem presentes e em ascensão os acidentes e doenças do trabalho, entre essas, as respiratórias, provocadas por poeiras orgânicas e minerais. Na segunda fase, de acumulação mais acelerada e pré-monopolista, e na seguinte, de franca monopolização, os acidentes e doenças do trabalho ganharam a primazia e aquelas outras passaram a uma posição secundária. Esses ciclos são marcados pela *violência explícita do trabalho*.

Essa violência atinge diretamente o corpo do trabalhador, obrigado a condições miseráveis de vida e trabalho. Ele e seus familiares adoecem e morrem de doenças determinadas pelo baixo consumo que seu salário impõe ou de doenças e acidentes do trabalho típicas. Não há sutileza nessa patogenia onipresente do trabalho, que determina os modos de viver e invade e impacta o corpo, através de poeiras, gases, vapores, ruído, calor, atritos, queda, esforços, tensões e pressões, provocando lesões do ouvido, olhos, pele, músculos, tendões, articulações, nervos, vasos, cérebro e psiquismo.

Estamos agora em um outro ciclo ou fase de acumulação capitalista, caracterizada pela oligopolização e nítida predominância do capital financeiro e especulativo. Como os anteriores, ele tem desdobramentos e interações nos campos da ciência e da tecnologia, dos processos de produção, circulação e comércio das mercadorias, das políticas públicas, sociais, da cultura e dos costumes.

Energia nuclear, automação acelerada, robótica, desenvolvimento da eletroeletrônica, informática e telemática, flexibilização da produção, fusão de empresas, globalização dos mercados e do capital, produção e comercialização de produtos voltados para o consumo rápido, sejam de bens, serviços, arte e lazer; redução dos impostos e cargas fiscais das empresas, diminuição do tamanho do Estado e dos investimentos e encargos públicos sociais e previdenciários, desregulamentação das relações do capital com o trabalho e afastamento do estado da sua antiga condição de intermediador, desqualificação maior do trabalho para a maioria dos trabalhadores e um discurso consensual da "*midia*", também oligopolizada, sobre a excelência do "*livre mercado*", como doutrina e princípio de tudo, são algumas características do atual período (Cohn, 1995:22-244; Laurell, 1995:151-158).

Como nos ciclos precedentes, também esse não ocorre de modo simultâneo e uniforme em todos os países desenvolvidos ou não. Há defasagens de tempo, de

espaço, de qualidade, de estratégias e há dificuldades, resistências e conflitos. Afinal, os oligopólios não eliminaram as contradições, nem mesmo no campo do capital. Existem outras, nos campos da política, das nacionalidades, etnias, religiões e culturas que estão irrompendo com uma força surpreendente. E essas não são poucas, principalmente, nos países periféricos. Persistem muitos aspectos do *velho* nesse mar de *pós-modernidade* e *globalização*. *Velhos* são os princípios, os objetivos e as consequências do capitalismo, como a exploração do trabalho, o acúmulo do capital, o desemprego crescente, a doença e a morte antes do tempo, agora também por doenças menos visíveis, mais sutis que atingem o corpo e a mente dos trabalhadores de outras maneiras. Mas isso nunca aconteceu sem resistências.

Insubmissão e resistência

Só se vende força de trabalho, ou seja, horas de capacidade técnica quando se tem a saúde suficiente para executar o trabalho requerido. A relativização da saúde, isto é, ter a saúde suficiente ou mínima para o trabalho, é uma exigência e princípio de mercado. A produção não requer, obrigatoriamente, trabalhadores absolutamente saudáveis, mas que o sejam suficientemente para garantir a produtividade esperada. O que importa não é a saúde do trabalhador, mas a saúde necessária à produção.

Se a oferta de força de trabalho com a capacidade técnica exigida, como de hábito, for grande, a preferência recairá sobre os que a vendem mais barato e têm, aparentemente, mais saúde, forma do capital se precaver contra possíveis ausências ao trabalho. Tal precaução é inviável se, ao contrário, houver escassez de mão de obra, eventualidade bem pouco comum.

Para o capital, a saúde- entenda-se a saúde suficiente - é um simples e relativizado componente da mercadoria força de trabalho. Daí o fato habitual de contratar menores, manter na produção trabalhadores doentes ou, menos freqüentemente, recrutar doentes para trabalhar. Esses são preceitos e práticas do capital com relação à saúde da força de trabalho.

Saúde e capacidade técnica são componentes até certo ponto indissociáveis da capacidade de trabalho .O que por necessidade o trabalhador coloca à venda no mercado não é sua capacidade de trabalho, nem qualquer dos seus componentes, mas horas/trabalho. Ao fim da jornada, dá-se como pressuposto que essa e seus elementos constitutivos devam se manter íntegros para que a venda de horas-trabalho continue. É dentro desses marcos, de preservar a capacidade de trabalho para vender

horas/trabalho pelo valor possível no mercado que se estruturam as resistências dos trabalhadores.

Há, portanto, uma contradição nodal e histórica entre capital e trabalho. Para o primeiro, a força de trabalho, como qualquer mercadoria, embora indispensável à produção, é para ser consumida e substituída, à medida do seu "*desgaste*", como qualquer outro elemento do processo de produção. Ele a tem como peça descartável, como qualquer outra. Um conceito e prática duros e extremamente materialistas. Em contradição, está incorporado historicamente à consciência do trabalhador, que sua experiência e saber, isto é, sua capacidade técnica, independente da qualificação, é irrenunciável. Tem consciência, também, que para exercitá-la precisa ter saúde. Por isso, a capacidade de trabalho, essencialmente constituída de experiência, saber e saúde, é um bem inalienável. Não é ela que ele põe à venda, mas horas de sua utilização. E resiste para mantê-la intacta (Elster, 1993:239-261).

O capital não contrata ninguém sem alguma experiência, saber e sem um mínimo de saúde. Mesmo o singelo Schmidt, personagem simbólico do texto de Frederick Taylor, *The Principles of Scientific Management*, escolhido segundo ele, por ser o menos inteligente dos trabalhadores com que lidava no seu exemplo, sabia fazer o que lhe foi proposto (Braverman, 1975, op.cit.: 95-98). A qualificação vai determinar, até certo ponto, o valor da hora/trabalho, mas findo o trabalho, a capacidade de trabalho e o seu portador devem permanecer íntegros. Este é, em tese, um dos princípios ou atributos do trabalho livre que o diferencia fundamentalmente do trabalho escravo.

A consciência sobre a indissolução da relação dos dois componentes da capacidade de trabalho - a saúde e a capacidade técnica - e a ênfase histórica que a classe trabalhadora tem dado em suas lutas pela redução da jornada de trabalho, que a ambas protege, revela uma política e uma prática coerentes, ao contrário da suposição de alguns que vêm na redução da jornada apenas a valorização econômica da hora/trabalho. Vejamos por que:

A patogeneze do trabalho repousa essencialmente na intensidade e tempo de sujeição ao trabalho. A intensidade do trabalho deve ser entendida como o conjunto de condições que envolvem, se impõem e cobram, continuamente, trabalho ao trabalhador, enquanto trabalha. Nas condições estão incluídas todos os elementos materiais, físico-químicos, ambientais, temporais e também as relações de trabalho e poder, vale dizer, os aspectos organizacionais do trabalho. Enfim, envolve simultaneamente, no mesmo espaço e tempo, o coletivo de trabalhadores, os materiais, instrumentos, meios e processos de trabalho e o modo como esse processo e relações são gerenciados. Para coibir no todo ou em parte a patogenia do trabalho, ou se reduz sua intensidade, ou o seu tempo ou a ambos.

A opção histórica dos trabalhadores pela redução da jornada de trabalho como forma de defender, ao mesmo tempo, o valor do trabalho e preservar a capacidade técnica e a saúde faz sentido e é atual por várias razões.

A ameaça permanente e maior é a de não poder trabalhar. A estratégia do capital ao incorporar a mulher e o menor no mercado do trabalho, desde o primeiro ciclo da revolução industrial, fez dessa ameaça uma realidade candente:

" O valor da força de trabalho era determinada não pelo tempo de trabalho necessário para manter individualmente o trabalhador adulto, mas pelo necessário à sua manutenção e à da sua família.

Lançando à máquina todos os membros da família do trabalhador no mercado de trabalho, reparte ela o valor da força de trabalho do homem adulto pela família inteira. Assim desvaloriza a força de trabalho do adulto"

(Marx, 1975, op.cit.: 450).

Os efeitos dessa incorporação sobre a vida e a saúde dos trabalhadores e, principalmente, dos filhos que permaneceram em casa, foram desastrosos, atestados pela elevada mortalidade infantil resultante. A classe trabalhadora inglesa resistiu e, afinal, obteve em 1833, uma primeira legislação específica regulamentando o trabalho da mulher e da criança, estabelecendo condições de trabalho, limites de idade e proibição de trabalho noturno para menores de 13 anos (Marx, 1975, op.cit.: 451).

Marx descreve, exemplificando, as condições de trabalho em vários ramos industriais da Inglaterra, Escócia, Irlanda e em outros países. Elas são caracterizadas sempre, por jornadas acima de 12 horas, que começavam de madrugada e varavam o dia e a noite. Depois de um período noturno que durou quase meio século, um primeiro esboço de legislação específica do trabalho foi feito, mas sua execução obstaculizada, seguramente porque tratou de regulamentar a parcela mais numerosa e lucrativa da força de trabalho, constituída de mulheres e menores, mais recentemente introduzidas no mercado de trabalho. As pressões do patronato foram fortes sobre os legisladores e autoridades do trabalho e a desobediência grande.

"O capital não tem a menor consideração com a saúde e com a vida do trabalhador, a não ser quando a sociedade o compele a respeitá-las...O estabelecimento de uma jornada normal de trabalho é o resultado de uma luta multissécular entre o capitalista e o trabalhador"

.(Marx, 1975, op.cit.: 306-307)

Com outras palavras, Rosen (1994,op. cit.:208-319) diz o mesmo.

A redução da jornada de trabalho através de uma regulamentação legislativa originalmente destinada à indústria têxtil e que, em meados do século XIX se expandiu para todos os setores industriais, teve forte impacto favorável sobre a saúde dos trabalhadores, até para os " *mais míopes*", nas palavras de Marx, que fez uma advertência bem atual:

"A história...e a luta...para se obter essa regulamentação demonstram palpavelmente que o trabalhador isolado, o trabalhador como vendedor livre de sua força de trabalho sucumbe sem qualquer resistência a certo nível de desenvolvimento da produção capitalista.

A instituição de uma jornada normal de trabalho é, por isso, o resultado de um guerra civil de longa duração, mais ou menos oculta, entre a classe capitalista e a classe trabalhadora"
(Marx,1975: 341).

Em 1848, a França e a Alemanha foram palcos de revoltas e massacres de trabalhadores. Nos Estados Unidos, a campanha pela jornada de oito horas iniciada com uma greve em maio de 1886, teve como saldo imediato, a prisão e enforcamento em Chicago dos seus principais organizadores, homenageados com a institucionalização do 1o de maio como dia dos trabalhadores.

No Brasil, não foram os trabalhadores fabris que primeiro conquistaram a jornada de 8 horas, mas outras categorias, como as da construção civil, chapeleiros e graniteiros, depois de greves setoriais no correr de 1907. Esse aparente paradoxo se deve, principalmente ao fato de essas categorias contarem com razoável nível de organização em associações que incorporavam muitos mestres e artesãos, parte deles imigrada da Europa, e os patrões serem pequenos empreiteiros, muitos da mesma procedência e origem de classe, o que possibilitava diálogos e acordos. Mais difíceis era para as categorias fabris, como a têxtil, que lidavam com grandes, distantes e reacionários empresários, cujas empresas eram extremamente vigiadas e controladas e onde o nível de organização dos trabalhadores era baixo, em decorrência às perseguições, ameaças e prisões. (Carone,1979:50-153; French,1995: 20-33)

O tema saúde subjaz nas reivindicações e lutas dos trabalhadores de todo o mundo, mas raramente teve primazia explícita nas políticas e ações sindicais. Ganhou mais presença nos períodos pré-monopolista e monopolista do capitalismo quando eles se fizeram *classe trabalhadora* (Thompson,1987 op.cit; Honsbawm,1981: 273-297), isto é, adquiriram consciência de classe, quando, paralelamente, o número e a

gravidade dos acidentes e doenças do trabalho se fizeram crescentes e a sociedade começou a ficar sensibilizada com essa tragédia cotidiana, alertada por várias e freqüentes catástrofes. As doenças do trabalho, provavelmente mais numerosas, mesmo quando tipificadas como profissionais, permaneceram e ainda permanecem negadas e ocultadas.

A questão da saúde relacionada diretamente ao trabalho em nosso país tem tido uma trajetória parecida e, mais uma vez, retardada. Ela consta da pauta de reivindicações dos trabalhadores em muitas das suas greves nas duas primeiras décadas do século e esteve presente de modo mais ou menos recorrente na imprensa sindical, sem suscitar movimentos específicos, dado ao incipiente desenvolvimento industrial. Algumas associações de artesãos e organizações operárias começaram a prestar assistência médica e beneficente que parecem ter inspirado a criação de caixas de beneficência normalizadas pela Lei Eloy Chaves.

A greve geral de 1917 em São Paulo, da qual teriam participado 50 mil trabalhadores, de alguma maneira, teve a ver com as condições de trabalho. Mas as primeiras organizações dos trabalhadores inclinavam-se, com razão, para questões mais gerais, de sobrevivência, como salário, emprego e jornada de trabalho (Noronha, 1994: 323-357).

Algumas reivindicações específicas sobre saúde aparecem nas pautas das negociações com o patronato no primeiro quarto do presente século. A primeira greve dos bancários, em Santos e no BANESPA, entre outras reivindicações, cobrava a reintegração de funcionários tuberculosos demitidos. Quando da greve nacional dos bancários em 1933, além da estabilidade no emprego após seis meses de trabalho, foi colocada a necessidade de um instituto de aposentadoria e pensões próprio, criado logo a seguir, o Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários (IAPB), sobre o qual o sindicato passou a ter forte influência.

Seguindo, mais ou menos, a trajetória do sindicalismo internacional, o movimento sindical brasileiro, que emergiu nos anos 30, priorizou a questão da saúde sob o ângulo da reparação, colocando à margem a questão da prevenção que colidia frontalmente com o capital industrial. Sem dúvida, a recuperação e compensação financeira da capacidade de trabalho perdida temporária ou definitivamente, eram uma necessidade da classe trabalhadora, mas era também, dentro de certos limites e por outras razões, preocupação do capital e do Estado. Os limites eram dados, justamente, pelo descompromisso com a prevenção de acidentes e doenças que requeressem investimentos presumivelmente maiores do capital, como modificações profundas nos processos de produção que implicassem em trocas de equipamentos, matérias primas e regime de trabalho, e de uma intervenção fiscalizatória mais eficaz do estado que colidisse com a doutrina liberal e os interesses do empresariado.

Todavia, o problema existia e se tornava cada vez mais grave e público, em que pese sua ocultação, e começaram as pressões do movimento sindical mundial e nacional e das organizações internacionais relacionadas ao trabalho junto ao governo brasileiro, levando-o a normalizar a questão, através de uma legislação específica e um aparelho próprio no âmbito do Ministério do Trabalho. Foi com base nessas pressões, tornadas exigências legais, que as comissões internas de prevenção de acidente (CIPAS) e os serviços especializados em segurança e medicina do trabalho (SESMT) das empresas foram criados, ao mesmo tempo em que o mesmo ministério tomava a si a responsabilidade de especializar médicos do trabalho, engenheiros e técnicos de segurança. O regime de exceção vivido pelo país facilitou o intervencionismo do Estado.

Durante o Estado Novo, entre 1937 e 1945 e as ditaduras militares após 1964, a classe trabalhadora, sem representações fidedignas do ponto de vista político e sindical, passou dois longos períodos em silêncio sobre suas condições, ambientes e relações e organização do trabalho, limitando-se a ouvir os discursos do Estado e patronais a respeito dos *"atos inseguros e"* sobre a auto-responsabilidade do trabalhador quanto aos acidentes e doenças do trabalho.

A insubmissão, porém, estava viva e a questão se tornou aberta com a publicação anual das estatísticas de acidentes, incapacitados e mortos pelo trabalho, a partir de 1970. Bastou um leve afrouxamento do regime militar no final da mesma década, para que ela emergisse com força. É nesse momento e circunstância, em 1979, que trinta sindicatos e quatro federações de trabalhadores criam a Comissão Intersindical de Saúde e Trabalho (CISAT), que dá origem no ano seguinte, ao Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas em Saúde e dos Ambientes do Trabalho (DIESAT). É, principalmente, esse órgão e sindicatos filiados que vão elaborar os contra-discursos e contra-práticas não hegemônicas na área e donde partem os estímulos para a constituição de comissões e núcleos de saúde e trabalho em várias entidades sindicais (Ribeiro e Lacaz., 1984, op.cit.)

Com o fim gradual e lento do regime de exceção, são esses núcleos e comissões de saúde sindicais, com apoio técnico do DIESAT, e a interveniência, cada vez mais freqüente, de técnicos de órgãos estatais, alguns recém-criados com a finalidade específica de intervir nessa área, os centros de referência e ou programas de saúde do trabalhador, que começam a tornar menos encoberta a patogenia do trabalho.

A primeira greve deflagrada no Brasil, tendo como motivo único uma questão de saúde foi em 1983, numa empresa química de produção de corantes, a Ferro-Enamel, situada em S. Bernardo do Campo, S. Paulo, que produz pigmentos corantes, onde ocorreu contaminação por vapores de chumbo em mais de uma centena de trabalhadores (DIESAT, 1989: 113-134.). Outros movimentos importantes,

conduzidos por sindicatos, mas sem o mesmo nível de organização e explosividade, vieram a acontecer na mesma década em várias indústrias químicas e metalúrgicas (DIESAT, 1989, op.cit.: 89-112; 135-160; 161-202).

Para melhor compreensão dessa herogeneidade, montou-se o quadro abaixo sobre os mais documentados movimentos coletivos de trabalhadores em torno de doenças do trabalho, todos, exceto um, ocorridos no Estado de São Paulo, tomando-se como referência dois livros da época, originários do DIESAT: "*De que adoecem e morrem os trabalhadores*" (Ribeiro e Lacaz, coord., 1985) e "*Insalubridade: a Morte Lenta no Trabalho*" (DIESAT, 1989).

Os movimentos dos trabalhadores pela saúde tiveram eficácia e importância proporcionais ao seu nível de organização nesse campo específico e ao envolvimento de suas bases na ação. Não há registro de vitórias, se como tal quiser se entender a satisfação plena das reivindicações colocadas por cada um, privilegiando as modificações dos processos de produção e trabalho. Algumas foram atendidas e é provável que nas empresas envolvidas, os níveis de sujeição aos agentes diretamente incriminados tenham sido reduzidos. Muitos trabalhadores, porém, já estavam com sua capacidade de trabalho irreversivelmente comprometida e inativos. Outros, por temerem comprometê-la com a perda definitiva da saúde, se demitiram; mas, provavelmente, o ganho maior foi em termos de *tomada de consciência* e de identidade como classe social, de solidariedade na ação, da certeza de que é possível dentro de conjunturas dadas, mesmo adversas, refazer pela atividade política, muita coisa.

Quadro 1 Principais movimentos de trabalhadores pela saúde ocorridos em S. Paulo e Rio de Janeiro. 1970/1994

Ano	Cidade	Empresa	Doença	Agente	Categoria
70-79	Jundiaí	várias	silicose	sílica	ceramista
79-85	Pedreira	várias	silicose	sílica	ceramista
83-87	Cubatão	Cosipa	intox	benzeno	metalúrgica
83-85	SBC	VW	surdez	ruído	metalúrgica
83-84	SBC	F.Enamel	intox	chumbo	químicos
85-87	V.Redonda	CSN	intox	benzeno	metalúrgica
85-86	SCS	Matarazzo	intox	benzeno	química
85-86	Osasco	Aramante, etc.	intox	gases	metalúrgica
86	SP	N.Química	intox	S2C	química
87-88	S.André	E.Cloro	intox.	mercúrio	química
86-87	SP	estatais	LER	esforço repetitivo	proc./ dados
90 -	SP/ Campinas	bancos	LER	esforçorepetitivo	bancária

Fontes: Ribeiro e Lacaz, coord, 1985; DIESAT, 1989

Os movimentos relacionados no quadro 1 emergem no setor industrial. Começam na cidade de Jundiaí, onde estão localizadas muitas das maiores empresas do ramo cerâmico e prosseguem na cidade de Pedreira, onde se concentram outras menores. São indústrias que produzem louças, vale dizer bens de consumo, cujos processos de produção, em muitas das suas fases, especialmente na mistura, eram abertos e manuais, liberando uma quantidade extraordinária de poeira rica em sílica. Viviam-se em plena ditadura militar, os sindicatos ceramistas das duas cidades não eram grandes e um deles, o de Pedreira, estava longe de ser aguerrido. O respaldo técnico do movimento foi obtido junto aos profissionais que trabalhavam no Laboratório de Provas de Função Pulmonar da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, então único serviço credenciado pela Previdência Social para realizar provas sobre a capacidade respiratória e de trabalho em seus segurados. Foi do movimento dos ceramistas de Jundiaí que nasceu a idéia do DIESAT (Ribeiro e Lacaz, coord., 1985, op. cit.).

Os outros movimentos no setor industrial ocorreram todos na década de 80, em indústrias metalúrgicas e químicas, duas delas siderúrgicas e pesadas, a Companhia Siderúrgica Paulista (COSIPA) e a Companhia Siderúrgica Nacional (CSN). Essas têm em comum, certa complementariedade e integração produtivas e são contemporâneas do processo de industrialização brasileira capitaneado pelo Estado em meados do século. À exceção do movimento na Volkswagen (VW) contra a surdez, os outros foram conseqüências de intoxicações por gases e vapores, invariavelmente de caráter crônico. No caso específico do benzeno, afora a indústria Matarazzo, absolutamente obsolescente e que acabou fechando, as intoxicações ocorreram naquelas siderúrgicas para-estatais, de grande porte, responsáveis até hoje, por uma significativa parte da produção nacional de aço e laminados. Esses movimentos foram conduzidos por sindicatos fortes, de metalúrgicos e químicos, respaldados em assessoria intersindical ou própria.

Entre 1979 e 1995, a recém-criada Comissão Intersindical de Saúde do Trabalhador (CISAT) e seu sucessor, o DIESAT, realizaram doze *Semanas de Saúde do Trabalhador* (SEMSAT). As oito primeiras abordaram temas emergentes daqueles movimentos, relacionados com as condições e ambientes físicos do trabalho industrial. Já a nona, em 1988, tratou de "*Doenças e novas tecnologias*" e a décima, em 1990, declaradamente interrogativa, "*Saúde do Trabalhador: E agora ?*", sinalizando uma inflexão dos movimentos de saúde dos trabalhadores com preocupações de outro tipo, tanto que a décima primeira, em 1992, aborda "*A questão ambiental e a saúde do trabalhador*" e a última, em 1995, o *contrato coletivo de trabalho*.

Pelos enunciados, percebe-se que os temas das oito primeiras SEMSAT referem-se à precariedade das condições e ambientes físicos do trabalho, comum no setor fabril, cujo causalidade do adoecimento é material. As quatro últimas, debruçam-se sobre as relações sociais e de trabalho, determinantes "*modernos*" e difusos do modo de adoecer dos trabalhadores nos vários setores e categorias, sem nexos diretos de causalidade.

Em fins da década de 80, a Central Única de Trabalhadores (CUT) criou um órgão próprio no mesmo campo, o Instituto de Saúde do Trabalhador (INST), com financiamento de centrais sindicais italianas, hoje desaquecido. A existência de dois órgãos intersindicais atuando na mesma área, em um momento especialmente difícil para o movimento sindical, preocupado com a recessão econômica e o desemprego, fragilizou a ambos, o DIESAT e o INST, e ao próprio desenvolvimento de políticas e estratégias e ações sindicais unificadas na área de saúde.

Essas são formas coletivas de resistências, de insubmissão organizada, pública e mais eficaz, mas sempre houve e continua a haver outras, coletivas ou individuais, praticadas pelos trabalhadores em sua vida cotidiana. Não as adotam, é bem verdade, com a finalidade específica de proteger esse bem abstrato, a saúde, do qual ninguém toma consciência, salvo, quando adoecendo, o perde, mas como um modo de resistência sem rupturas contra a expropriação e o sofrimento no trabalho.

Como exige o comprador, só é possível o vendedor da mercadoria força de trabalho concretizar sua venda, se tem, além da capacidade técnica requerida, saúde suficiente para exercitá-la. O trabalhador protege sua integridade corporal, não só por instinto de preservação, mas também por esse imperativo do mercado. A ameaça maior é a de não poder trabalhar, seja por estar doente ou pela falta de emprego, fenômeno cada vez mais presente, à medida que o modo de produção capitalista incorpora novas tecnologias e insiste, em proveito próprio, em manter a mesma jornada de trabalho, quando não se vale da conjuntura para aumentá-la.

Em qualquer das circunstâncias, não poder trabalhar é assustador, porque socialmente marginalizante e, se definitivo, pode destruir o trabalhador e o homem que há nele, profundamente identificado nos tempos modernos com a necessidade social, familiar e individual de trabalhar. Não se trata, pois, de apenas garantir um emprego ou os benefícios de uma aposentadoria futura, às vezes, precocemente precipitada por uma invalidez que involuntariamente o despoja, com enorme sofrimento, de sua capacidade de trabalho. Essa ameaça onipresente o leva a elaborar no cotidiano, maneiras particulares e silenciosas de insubmissão. Algumas chegam a ser grupais, outras individuais, mas qualquer delas tem como objetivo, em última instância, reduzir o tempo de trabalho e quebrar a sujeição, a rotina e a monotonia inerentes ao modo de produção capitalista.

São estratégias que percorrem um amplo espectro, indo das transgressões às normas prescritas pela empresa à ausência ao trabalho, sob pretextos os mais diversos. São práticas de pessoas que convivem tempo e espaço de trabalho coletivos e que, apesar da subalternidade assumida contratualmente por força da relação desigual com o contratante, guardam a marca visceral da insubmissão, do não conformismo com a usurpação do seu tempo e do seu trabalho, insubmissão, diga-se que é um dos atributos positivos da classe trabalhadora.

Os níveis de consciência e inconformismo da força de trabalho contratada são variáveis e dependem da posição ocupada na hierarquia do poder da empresa. Os mais subalternos, certamente, serão os mais insubmissos e é do nível de solidariedade e organização horizontal que possuem que depende a eficácia, sem embargo relativa, das estratégias adotadas. Desde já fique claro que a empresa também tem as suas, para arrancar o máximo de trabalho nas horas contratadas e em outras horas extras, muitas vezes não pagas, estratégias, diga-se também, muito mais eficazes, que cobrem um amplo leque, que vai da cooptação, passando pela coação mais ou menos explícita, à demissão, para isso utilizando os trabalhadores das hierarquias superiores, isto é, o poder da gerência. Vamos nos reportar a algumas experiências dos trabalhadores nesse sentido.

As empresas instaladas no Centro Industrial de Aratú, no Recôncavo Baiano, há tempos, acusavam, e é provável que ainda acusem, altas taxas de ausência ao trabalho, nos meses de dezembro, janeiro e fevereiro, quando se desenrola o ciclo de festas populares que antecede o carnaval. Os primeiros executivos dessas empresas, originários do sul do país, demoraram a assimilar o costume, com o qual, outras, de atividades econômicas mais tradicionais e raízes locais, há longo tempo conviviam. Essas festas, caracterizadas pelo sincretismo religioso, misturam componentes da religião católica, trazida pelos colonizadores portugueses, com os de cultos africanos que acompanharam os escravos. Deuses cristãos e pagãos, com o tempo e convívio em espaços sociais próximos, acabaram se confundindo, ganhando novos nomes e atributos comuns, mais humanos, dados pela população submetida de crentes e profanos que faz as festas. O ciclo, que começa em dezembro com o festejo e procissão da Nossa Senhora da Conceição da Praia, rompe com a moral, costumes, hábitos e trabalho cotidianos.

Desejos e fantasias, marcados pela fé, por transgressões e pela sensualidade, tornam-se explícitos a tal ponto que segundo a percepção dos parteiros e pediatras das maternidades públicas da época, o número de abortamentos aumentava nos meses seguintes e o de partos nove meses depois. As diferenças de classe e cor, momentaneamente, se aplastam, envoltas nessa euforia urbana e coletiva de som, dança, liberdade e sexo, bastante álcool e violência. Uma catarse, uma explosão social

representada e consentida, uma ruptura episódica que parece ajudar a manter em equilíbrio, pelo resto do ano, as heterogeneidades e desigualdades conhecidas. A festa que culmina o ciclo orgíaco, o carnaval, de origem imemorial, ganha em Salvador, significados novos. O apaziguamento das diferenças de classe, expresso pela tolerância com a presença maciça nas ruas dos dominados, antes escravos, hoje, trabalhadores livres - operários, empregados no comércio, em bancos e outros serviços, estudantes, escriturários, comerciários e avulsos - é, porém, temporário. Afinal, as diferenças são muitas e têm raízes históricas, sócio- econômicas e raciais antigas e muito fortes para serem apagadas por esses rituais, onde as antinomias não deixam de estar presentes.

O ciclo de festas populares da Bahia, no que pese a influência religiosa dos colonizadores, tem mais a ver com a origem predominantemente africana e escrava da população pobre do Recôncavo, com o esgotamento da lavoura da cana de açúcar de antes, assentada no trabalho escravo, com o trabalho autônomo da pesca em canoas liquidada pelos navios frigoríficos de alto mar, com a venda ambulante em barracas que se espriam nesses festejos, com a industrialização tardia e com o exploração predatória do turismo desenfreado. Resquício de uma sazonalidade apagada, originária, certamente, das sociedades arcaicas referida por Mircea Eliade (1993: 313), os festejos retornam todos os anos, ciclicamente, mesclando crenças, orgias, tambores e negócios. São marcos temporais e culturais absorvidos e, afinal, apropriados pelo capital, a ausência ao trabalho, que não é apenas dos trabalhadores do polo petroquímico, sugerindo um modo de insubmissão consentida contra a opressão do trabalho cotidiano, regrado e horário, do capitalismo industrial.

Conteúdo simbólico parecido teriam as condutas dos trabalhadores observados por Roy em 1960 em uma usinagem, por Dilton em 1979 em uma panificadora, por Cavendish em 1982 junto as operárias de uma montagem e por Clark, também em 1982 em uma indústria de açúcar de beterraba, analisadas por Hassard (1992: 175-193). Eles estariam, segundo o autor, tentando, através de uma série de artifícios, quebrar a continuidade do tempo e ritmo de trabalho, estabelecendo regras próprias e intercalando certo entretenimento.

Os médicos brasileiros das unidades de terapia intensiva com jornadas habituais de trabalho de 12 horas corridas, graças à sua condição de especialistas tecnicamente mais qualificados e mais raros no mercado de trabalho, à sua posição de classe e ao seu poder de barganha, lograram quarto de dormir dentro dessas unidades, eufemicamente chamado de "*repouso médico*". Tal privilégio é vedado às enfermeiras e auxiliares que têm maior carga de serviço. No entanto, ao menos em hospitais públicos ou que servem aos trabalhadores de baixa renda, é comum auxiliares e atendentes de enfermagem e trabalhadores de serviços de apoio, improvisarem à noite,

lugares de dormir em áreas de menor vigilância de suas chefias, acobertando-se uns aos outros, obtendo, às escondidas, uma redução do tempo de trabalho parecido com a dos médicos, oficialmente admitida.

Uma instituição bancária estatal brasileira, que apresentava elevado número de licenças médicas por distúrbios mentais, as teve bastante reduzidas quando tais diagnósticos e a emissão de autorizações de licença passaram para o competência de psiquiatras (Silva Filho e col., 1992, op.cit). No mesmo estudo, observaram os autores ser bem mais freqüentes as licenças médicas de bancárias nos meses de julho e dezembro, coincidentes com as férias dos filhos.

Foi, aliás, a ausência ao trabalho mediante atestado médico, presumidamente obtido mais facilmente em serviços de saúde públicos ou próprios das empresas que, entre outros motivos, as teria levado a estimular a criação e posterior contratação das chamadas empresas de medicina de grupo para assumirem a tarefa. Essas, ao mesmo tempo em que restringem as ausências ao trabalho, controlam a saúde dos trabalhadores, apressam sua recuperação e retorno ao trabalho e ainda são apresentadas como um benefício social.

Comentando as experiências etnográficas de Roy, Ditton, Cavendish e Clark, que quando investigavam se fizeram passar por trabalhadores comuns, Hassard vê nas estratégias desses agrupamentos observados, uma tentativa de retirar o caráter linear do tempo, imposto pelas organizações no capitalismo, quebrando por períodos curtos, o tempo de trabalho e recuperando, em parte, o domínio do que fazem. Para Roy, no entanto, essa seria uma estratégia contra o tédio e a alienação, enquanto para Cavendish e Ditton, mais uma das explicitações do conflito entre capital e trabalho.

Ao referir-se a uma observação semelhante de Linhart, Dejours (1987, op.cit.: 41-42) afirma que a virtude desses "*jogos*" está no seu caráter simbólico, pretendendo desafiar cadências, dominar o tempo, ser mais forte que a organização, mas adverte que embora não se deva subestimar o benefício mental dessas estratégias, não se pode deixar de passar em silêncio seu modesto valor funcional e sua dimensão estreita face ao sofrimento, afirmando que a realidade do trabalho "*taylorizado*" não é tanto devido ao ritmo, mas à violência que a moderna organização do trabalho exerce sobre o funcionamento mental.

Todas essas estratégias grupais ou individuais de driblar a organização do trabalho têm para Dejours (1992: 150-193) caráter "*defensivo*". Sem dúvida, reduzem o tempo de trabalho, principalmente no caso do absenteísmo, mas o que Hassard e Dejours chamam a atenção, de ângulos diferentes, é de que não se trata, apenas de uma mera disputa quantitativa do tempo de trabalho, mas do significado simbólico que grupos sociais e indivíduos dão ao seu próprio tempo, ou seja, às suas vidas, em parte expropriadas.

A medição do tempo de trabalho está ligada ao conceito de mercadoria, estando alinhados a esse conceito, o desenvolvimento da economia industrial e as inovações tecnológicas. Se há um tempo para produzir, o próprio tempo de trabalho, trabalho comprado em horas, passa a ter um valor, valor de mercadoria. Assim, quanto mais a produção é acelerada, ou seja, realizada em menor tempo, mais tempo existe para produzir e maior é a acumulação do capital. Se o trabalhador que vende suas horas de trabalho é levado a produzir mais, mais ganha o capitalista que compra sua força de trabalho, pagando-lhe o mesmo valor. O tempo no modo de produção capitalista, linear, uniforme e medido, adquire as características de mercadoria. Para Hassard, tal paradigma do tempo leva às seguintes metateorias: o tempo é mensurável, objetivo, homogêneo e divisível ao infinito; o passado não pode se repetir, o presente é efêmero e o futuro se presta a uma exploração infinita; o tempo é um recurso que se presta a uma infinidade de atividades; o tempo é vivido como uma sucessão, mas também como uma condição limite.

Essas metateorias, para Hassard, conduzem ao paradigma de que o tempo de trabalho é um bem limitado, cujo valor aumenta à medida que se rarefaz e é dentro desses pressupostos que se situam as pesquisas sobre economia, processos de trabalho e as inovações tecnológicas, levando Munford, em 1932, a afirmar, ironicamente sem dúvida, que o papel decisivo da era industrial não foi da máquina a vapor, mas do relógio, referindo-se à sincronização *taylorista*. A fragmentação temporal e espacial dos produtos e processos era, e continua sendo, uma exigência do capital, a requerer a coordenação correspondente e suficientemente precisa, tanto no interior da empresa como no seu relacionamento com as demais, coordenação que pressupõe planejamento e a construção de um quadro temporal preciso.

Diz textualmente Hassard, no mesmo texto:

" A exatidão das previsões dependia da medida do tempo e uma organização eficaz implicava numa avaliação precisa da produtividade relacionada com ele. Enquanto o trabalho organiza-se em torno das máquinas, o planejamento organiza-se em torno dos horários " .

De fato, no segundo ciclo da revolução industrial, mais do que no primeiro, quando ainda era bastante comum o pagamento por produção, o controle do tempo de trabalho passou a ser uma questão fundamental para o capitalismo, em decorrência da forma de pagamento haver passado a ser por horas de trabalho. Conquanto essa forma de pagamento, hegemônica no atual período de desenvolvimento do capitalismo, não deva desaparecer, vem surgindo ou ressurgindo outras formas de pagamento, mais

próximas à compra por produção do que por horas trabalhadas. Essa seria uma das características do ciclo atual, designado por Harvey (1989) de *"acumulação flexível"*. Flexibilizar a produção, significaria, ao mesmo tempo, descentralização, terceirização, trabalho informal, trabalho *"autônomo"*, retorno ao trabalho doméstico, já bastante comum nos chamados *"tigres asiáticos"*. Um retorno, porém, muito diferente do trabalho artesanal que antecedeu a revolução industrial e mais parecido com as brutais exigências dos seus primórdios. O fato é que as novas tecnologias de instrumentos e as novas formas de organização do trabalho caminham, coerentemente, com o modo de produção capitalista, no sentido de fechar os *"poros"* ou *"tempos mortos"* da produção, quer dizer, das máquinas e dos que trabalham.

Mas há quem considere as mudanças na organização do trabalho de modo diferente:

A nova base técnica que está emergindo a partir da automação informatizada flexível promete transformar radicalmente esse quadro. O novo equipamento, que ao contrário do anterior tem na flexibilidade uma de suas principais características, apresenta pelo menos, duas características marcantes: primeiro, perde em importância como fator de competitividade a economia de escala baseada na padronização, uma vez que permite a produção programada flexivelmente em lotes de peças diferenciadas sem aumento do custo unitário variável. Ao contrário, a diversificação é que passa a ganhar importância como fator de competição e de captura de mercados. Segundo, a difusão da automação flexível nos processos produtivos exige ou pelo menos permite o estreitamento da distância taylorista entre gerência superior (planejamento e projeto) e a produção (rés da fábrica)
(Salm & Fogaça, 1992: 111-133)

Para os autores, esse seria o paradigma do *toyotismo*, que tem como um dos seus pressupostos, os trabalhadores ocuparem postos de trabalho variados, graças a uma formação geral e técnica suficientemente amplas, implicando na necessidade e interesse deles próprios se qualificarem para eliminarem as barreiras de conhecimento e práticas face aos mestres e técnicos. Ao contrário do *fordismo*, dizem Salm & Fogaça, tende-se agora para maior autonomia, polivalência e cooperação da força de trabalho do *chão* da fábrica, ou seja, dos que realizam o trabalho concreto (abstrato, segundo Marx). Em síntese, o fim da patogenia da organização do trabalho poderia ocorrer com base nesse novo paradigma da produção, induzida pela *"terceira*

revolução tecnológica", que prescindiria da divisão e parcelamento do trabalho, tidas até aqui como inerentes ao modo de produção capitalista.

Nem todos autores que estudam e avaliam a possibilidade de incorporação desse modelo aos países ocidentais são tão entusiastas, assinalando as dificuldades dessa transposição, sua base discriminatória e seus aspectos ficcionais.

Hirata e Zarifian (1992) analisaram a estreita combinação entre trabalho e inovação tecnológica no Japão, acentuando três aspectos importantes: primeiro, o sistema de emprego vitalício e a aposentadoria aos 55 anos, estatuto regular nas grandes empresas. A introdução de novas tecnologias, por força dessa vitaliciedade não implicou em desemprego, o que fez os trabalhadores receptivos a elas. Assim, a estabilidade permitiu, por isso mesmo, uma trajetória contínua de competência promovida pela empresa e útil para o capital e para o trabalho. O segundo aspecto é que a estabilidade no emprego fica amarrada a princípios de organização do trabalho fundamentados na polivalência de conhecimentos e funções que os operários acabam adquirindo com o decorrer dos anos na mesma empresa, ou seja, polivalência e estabilidade são duas faces da mesma moeda. O terceiro e mais importante aspecto é a existência dos *"coletivos de base"*. É o coletivo de base, segundo os autores, que constitui *"ao mesmo tempo, o laço social elementar e é o ator básico da organização"*. A competência, portanto, sem deixar de ser individual é, sobremaneira, coletiva, do grupo de base, que prescinde da gerência para tomar decisões técnicas, com absoluta familiaridade, atribuindo-as aos indivíduos, de acordo com seus níveis de conhecimento e experiência e das necessidades variáveis da produção. Não há, por isso, como reter saber, dada à universalidade propiciada pelo e no coletivo e à falta de perspectiva de ascensão na empresa apoiada na ocultação ou retenção de conhecimentos. Isso, dizem, propicia a estruturação das relações em rede, tanto em cada coletivo como também com outros coletivos da mesma empresa. Por último, colocam Hirata e Zarifian, que as inovações tecnológicas no Japão - que até então não estavam gerando desemprego- foram incorporadas obedecendo a um processo contínuo de aperfeiçoamento, entendendo todo o conhecimento como provisório, fazendo da empresa japonesa uma produtora permanente de conhecimento partilhado, embora hierarquicamente estratificado. Daí o êxito dos seus círculos de controle de qualidade (CCQ) que se espalharam em todo o mundo, inclusive no Brasil, em seus aspectos formais, mas sem o mesmo conteúdo. Acrescente-se que a incorporação tecnológica ao se fazer dentro do cenário japonês não visou à redução da força de trabalho, mas à conquista de produtos com qualidade competitiva.

Hirata e Zarifian (1992, op. cit.) não restringem sua apreciação aos aspectos positivos do modelo, mas analisam seu reverso, começando por dizer que o sistema de vitaliciedade contempla apenas 40% da força de trabalho do Japão, locadas nas

grandes empresas, sendo a entrada no sistema altamente seletiva, com forte articulação entre elas e as direções dos organismos escolares. E o processo excludente é definitivo. A divisão do trabalho é também de gênero, forçando a mulher às atividades domésticas, um número mínimo penetrando no sistema vitalício. Mesmo mulheres altamente qualificadas, quando em idade reprodutiva, são rejeitadas social e materialmente, obrigadas aos afazeres do lar. Essa discriminação leva a força de trabalho feminina à condição de mão de obra precária e assalariada em tempo parcial. Dizem os autores:

"Essa divisão sexual do trabalho representa uma característica marcante do funcionamento da sociedade japonesa e atua nas relações de classe. O comportamento do mundo operário face ao patronato não seria provavelmente idêntico sem uma distinção dessa ordem entre homens e mulheres".

Isso, continuam, fortalece a dupla identificação da empresa com a vida pessoal, reduzindo drasticamente o universo vivencial do assalariado, a tal ponto que ele estende sua jornada de trabalho de forma incalculável, segundo as necessidades da produção, sem precisar outros elementos coercitivos além dos coletivos de base e dos seus familiares:

"Vida profissional e vida pessoal acabam por se confundir. As preocupações relativas ao trabalho estendem sua interferência além das horas estritamente passadas na fábrica, alimentam as conversas à noite e nos fins de semana onde se encontram os assalariados que trabalham em um mesmo departamento ou fábrica"

Para que esse envolvimento se complete dois elementos estariam presentes: o reconhecimento da empresa pela dedicação do assalariado e o papel de sua mulher , *"descanso materialmente indispensável às longas horas passadas pelos homens na e para a empresa"*. Portanto, à consideração dos aspectos positivos da organização do trabalho no Japão, se junta esse outro, do estatuto de inferioridade da mulher que intervém nesses jogos simbólicos que mantém a aceitabilidade do sistema de exploração.

Por outro lado, Hirata e Zarifian (1992, op. cit.) assinalam que os coletivos de base que tornam factíveis a participação dos trabalhadores na organização do trabalho, acabam sendo um dever e um elemento de coerção. Os CCQ e as fórmulas organizacionais equivalentes terminam por ser *"mecanismos institucionalizados cujo*

resultado imediatamente previsto é a identificação dos trabalhadores com os interesses da empresa, através dos quais são registrados e analisados os comportamentos de oposição".

Para as mulheres, sobretudo, presentes no trabalho em tempo parcial, "o estatuto salarial é precário e reforça a discriminação face a esses assalariados que se encontram essencialmente no comércio, nos serviços e empregos repetitivos criados pela automação". E concluem, antecipando-se à crise atual do modelo japonês, denunciada recentemente por Kurz (1996):

"O aspecto que nos parece definitivamente mais significativo da fragilidade estrutural desse modelo é sua débil capacidade de admitir o heterogêneo e sua propensão em controlar, na verdade excluir, os indivíduos ou grupos sociais suspeitos de contestação e oposição ou mesmo de diferença. Paradoxo: o Japão se impôs como ponto máximo do sucesso em matéria de flexibilidade industrial, porém sob o peso de uma rigidez nas práticas e comportamentos sociais das quais começamos a perceber os primeiros estalidos".

Se essas estratégias maiores, estruturais e mais dinâmicas do capital, superam as estratégias dos trabalhadores, defensivas ou não, tenham maior ou menor conteúdo simbólico no controle do trabalho e sobre suas consequências, elas também colocam em cheque a tese do desenvolvimento tecnológico enquanto meio de superação da patogenia intrínseca do trabalho no modo de produção capitalista.

O processo alienante do trabalho se mantém no curso do atual ciclo de desenvolvimento, mesmo que se queira dar adeus ao *taylorismo* e ao *fordismo*. Mudam, sem dúvida, vários aspectos de seu caráter, mas o conteúdo e as consequências do trabalho persistem. Saliente-se, no caso do Brasil, que o problema principal talvez não seja de transposição de modelos, até porque estamos fadados a incorporá-los, de uma ou outra maneira, independentemente de serem ou não adequados às peculiaridades do desenvolvimento do capitalismo brasileiro e das diferenças culturais entre o país e os outros, sejam eles precoce ou tardiamente industrializados.

Questionado o pressuposto das inovações tecnológicas atuarem como instrumento ou meio de resolver problemas para os quais nunca foram cogitadas, qual seja, o da eliminação da patogenia do trabalho; reconhecendo a baixa eficácia das insubmissões ou estratégias coletivas ou individuais de caráter *defensivo*, como apropriadamente identifica Dejours, forjadas espontaneamente dentro das organizações para reduzir seus efeitos; tomando-se como dado de realidade que o

capitalismo parece estar longe de ter esgotado sua capacidade de expandir as forças produtivas, os trabalhadores, enquanto classe subalterna, terão que continuar elaborando movimentos de resistências para a preservação de sua capacidade de trabalho e de sua saúde. Esta é a questão vital.

No caso brasileiro, o movimento sindical, com toda sua reconhecida precariedade e uma história de representatividade com mais pontos baixos que altos, em sua trajetória construiu estruturas coletivas e próprias para produzir conhecimentos nas áreas sócio-econômica e de saúde, como o DIEESE e o DIESAT. Nesse último campo, algumas dezenas de sindicatos criaram comissões ou núcleos de saúde que contam, às vezes, com assessoria qualificada. Relembre-se o fato de que essas questões só tiveram possibilidade de emergir com o lento processo de redemocratização do país, coincidindo, malgrado, com uma nova crise e depressão econômica. Se o primeiro favoreceu sua emergência, a segunda obrigou o movimento sindical a priorizar políticas e ações para a preservação de empregos - que a automação vem fortemente ajudando a abater - e para a minimização das perdas salariais, que a inflação aumentava.

No final da década de 80, mais por uma antecipação estratégica do Estado que por pressão do movimento sindical, foram estruturadas algumas unidades estatais de saúde, voltadas especificamente para as doenças do trabalho, agora esvaziadas. O saldo, porém, tem sido positivo no campo do conhecimento, da circulação de idéias e das experiências novas dentro do movimento sindical, da universidade e das instituições públicas de saúde. Necessidades prementes de políticas e ações no campo econômico e de empregos e, em grau menor, necessidades de conhecimento, políticas e ações no campo da saúde passaram a conviver com maior assiduidade, na medida em que novas formas de adoecimento, além do acidente tipo, vêm se fazendo mais visíveis. Assim, nos acordos coletivos de trabalho, ganharam mais espaço as cláusulas concernentes à preservação da saúde e estabilidade no emprego para acidentados e adoecidos do trabalho, embora essas questões, mesmo quando inseridas nesses acordos, sejam preteridas quando se vai para a formulação de políticas e práticas condizentes. Ainda assim, elas continuam a dizer respeito mais à reparação de danos, quer sob a forma de assistência médica, quer sob a forma de garantia no emprego, que a legislação acabou fixando em doze meses. Ou seja, a perda da saúde e, conseqüentemente, da capacidade de trabalho continua sendo compensada materialmente, através de assistência médica e reparações financeiras, sem que tenha sido esboçada, até agora, pelo Estado e pelas empresas, políticas e ações efetivas no campo da prevenção, seguramente, por falta de maior poder de pressão da classe trabalhadora.

Não se deve, contudo, acusar o movimento sindical e os trabalhadores de omissão. Além de haver uma cultura, em todas as camadas sociais - e não só no Brasil - de que saúde e assistência médica são sinônimos e que só se protege a primeira com a segunda, trata-se do desequilíbrio de poder entre capital e trabalho. Esse desequilíbrio pode ser atenuado com o conhecimento produzido e socializado dentro da classe trabalhadora, solidamente alicerçado nas ciências do homem, possibilitando a forja de políticas e práticas autônomas em saúde, que transcendam à assistência médica, às compensações previdenciárias e trabalhistas cobradas dentro do formalismo jurídico institucional e do populismo denunciatório.

Em circunstâncias ainda tão desfavoráveis não é de estranhar o ativismo, às vezes exagerado, cúmplice e, talvez ingênuo, de técnicos de nível superior de dentro do aparelho do Estado ou contratados pelos sindicatos de trabalhadores, médicos em sua maioria, que se fazem ideólogos e até substitutos sindicais, com o impróprio beneplácito de dirigentes acomodados.

Agora, face ao gargalo estreito das possibilidades de negociação em cima de uma pauta econômica, percebe-se da parte do movimento sindical, discreta inflexão, quem sabe, ilusória, para políticas e ações voltadas para a saúde no trabalho, que podem colocar melhor a questão no *ranking* das reivindicações junto ao patronato, justo quando alguns sociólogos- que não são poucos nem desconhecidos - vêm declínio e crise de representatividade do movimento sindical em todo o mundo, fragilizado, afirmam, nesse período de oligopolização e *globalização*.

A socialização do conhecimento e sua decodificação pela classe trabalhadora é, nos dias que correm, provavelmente mais que nos ciclos anteriores do desenvolvimento capitalista, uma questão crucial. Não se trata, porém, de apenas capacitar dirigentes sindicais e lideranças intermediárias para que assumam discursos e, quiçá, práticas "*politicamente corretas*" que garantam a cadeia sucessória do seu grupo na entidade, - procedimento bastante comum a todas as correntes sindicais (Oliveira,1994), mas de socializar o saber para toda classe trabalhadora, permitindo que as bases organizadas e conscientes das diversas categorias formulem propostas e negociem diretamente nos próprios locais de trabalho. Não se trata de propor o retorno à tese da "*ação direta*" dos anarquistas, inclusive brasileiros, tentada no primeiro ciclo do desenvolvimento do capitalismo industrial no país (French,1995,op.cit.: 25-29), mas de estabelecer a unidade entre base e representação sindical. Embora uma necessidade urgente, seus resultados não virão a curto prazo.

Mas a dificuldade de uma política no campo do conhecimento e de uma socialização dessa ordem não se circunscreve às dificuldades materiais, sempre contornáveis, mas à contra-política de informação e dos meios de comunicação de

massa, monopolizados pelo capital, que fazem a cabeça do trabalhador no sentido oposto.

5. ALGUMAS TESES E UMA PRIMEIRA SÍNTESE

“Qual alquimia social por trás da transformação dessas invenções destinadas a poupar trabalho humano em máquinas de empobrecimento? Um fato bruto, como por exemplo, uma colheita ruim, pode parecer estar além do controle humano. Mas a forma com que os fatos se desenrolaram ocorreu sob um complexo particular de relações humanas: direito, propriedade, poder. Quando encontramos alguma frase sonora como “os fortes fluxos e refluxos do ciclo econômico”, temos que nos manter precavidos, pois, por trás desse ciclo, existe uma estruturas de relações sociais que fomenta certas formas de expropriação (renda, interesse e lucro) e descarta outras (roubo, direitos feudais), legitimando certas espécies de conflito (competições, guerras) e inibindo outras (sindicalismo, motins reivindicando pão, organização política popular) - uma estrutura que pode parecer, simultaneamente, bárbara e efêmera para um observador do futuro.”

E.P.Thompson (1988)

A primeira metade do século testemunhou um extraordinário avanço das forças sociais que abalaram o sistema capitalista e obrigaram os estados, sobretudo os da Europa Ocidental, a assumirem outros papéis que não fosse, apenas, o de legitimar os interesses das classes dominantes. O período assinala a ascensão dos trabalhadores como classe social com exigências crescentes pela melhoria das condições de trabalho e vida, quando não de assunção ao poder.

Nessa "Era dos Extremos", como a chamou Hobsbawm (1995), não só emergiu em todo o mundo o movimento trabalhista, como aconteceram duas grandes guerras mundiais, revoluções na Rússia e China e anticolonialistas e libertárias na Ásia, África e América, que ultrapassaram o década de cinquenta, todas com a utopia de liquidar com o sistema capitalista, a propriedade privada dos meios de produção e colocar no poder a classe trabalhadora.

Hoje, parece fácil assinalar os erros da experiência socialista nos países do Leste europeu, conduzida pela ex- União das Repúblicas Socialistas Soviéticas, surgida com a revolução de 1917. Aparentemente menos difícil é apontar as razões do relativo malogro do socialismo nas ex- colônias africanas de Portugal e França e do retrocesso da insurgência sandinista na Nicarágua. Mais problemático é analisar as experiências socialistas chinesa e de outros países asiáticos, que a despeito de todos os vaticínios negativos, prosseguem, acusadas, a um só tempo e contraditoriamente, de repressoras das liberdades e de se deixarem seduzir pela ideologia do mercado das sociedades de consumo. Irritantemente embaraçoso tem sido explicar a teimosia do socialismo duplamente ilhado da pequena Cuba.

Apesar desses insucessos ou sucessos parciais e localizados, se tomarmos como medida o extraordinário desenvolvimento do capitalismo, que nesse estertor de século parece mais firme do que nunca, essas revoluções socialistas e o movimento trabalhista nos países capitalistas, reciprocamente influenciados, continuam tendo enorme significado e conseqüências dificilmente escamoteáveis (Blackburn, 1993: 107-109).

Embora persistam formas de violência explícita e dolosa, como espancamentos, execuções sumárias e crimes de toda ordem, várias e em todos os lugares perpetradas pelo Estado ou por seus agentes, algumas com caráter de genocídios francos, como massacres e bombardeios que fazem duvidar dos valores e da estabilidade da sociedade moderna, hegemonicamente capitalista, há uma consciência muito viva contra tais horrores e muito do ideário revolucionário e reformista foi transformado em direitos da classe trabalhadora e das camadas mais despossuídas das populações do mundo inteiro.

O Estado, principalmente nos países capitalistas da Europa, sobretudo os nórdicos, até a década de 80, fez largos e crescentes investimentos para garantir bens e direitos públicos no campo da educação, saúde, transporte, previdência e lazer, configurando uma política conhecida como de *bem estar social*. Tais investimentos chegaram a corresponder a 40% do produto interno bruto em alguns desses países, graças a uma política fiscal e de taxaço sobre o capital, apoiada pela classe trabalhadora.

Mesmo ocupando um papel historicamente secundário e tardio dentro do conjunto dos países capitalistas, o Brasil não deixou de assimilar alguns desses avanços. As legislaçoes acidentária e previdenciária brasileiras são conseqüência tanto do movimento revolucionário e trabalhista internacional contemporâneo, como do modo particular com que no país as forças sociais em jogo, principalmente o patronato e seus aliados de um lado, a classe trabalhadora do outro e o Estado de permeio, lidaram com o conflito permanente entre o capital e trabalho.

O marco inicial mais expressivo do inconformismo da classe trabalhadora brasileira parece ter sido a greve geral de 1917 em São Paulo, que assinala para alguns, a existência de uma população de trabalhadores agindo com consciência de classe social (Fausto, 1977, op. cit.: 192-216). É depois dessa greve, aparentemente derrotada, que emerge a primeira lei acidentária e, subseqüentemente, toda uma legislação infortunística, trabalhista e previdenciária.

A discussão sobre as necessidades e bens comuns da população em diversas áreas e a criação de organismos com a finalidade de provê-las, a despeito de sua eficácia sempre relativa, espelham a evolução de conceitos e de direitos no campo da

res publica, isto é, do reconhecimento sobre a existência, não necessariamente material, das coisas, bens e espaços públicos (Jovchelivitch, 1994, p.63-85).

O que caracteriza um bem público é o seu caráter abstrato e, até por isso, não apropriável, indivisível e invendável, não tendo o atributo de materialidade concreta do seu oposto, o bem de consumo ou mercadoria. Bens públicos são, entre outros, a educação, a saúde, a capacidade de trabalho, a segurança, a justiça, o meio ambiente e o lazer. Sua fruição, sempre coletiva e igual, resulta de necessidades de idênticos conteúdos. Proteger e recuperar esses bens quando perdidos é de responsabilidade do Estado, através de instrumentos adequados, alguns obrigatoriamente estatais, como os da administração da justiça e da segurança pública, outros não necessariamente, mas regulamentados, providos financeiramente e fiscalizados por ele. O Estado deve existir, em parte, para a garantia desses bens e é essencialmente por tais razões que todo o cidadão paga impostos.

Dentro dos pressupostos acima, o direito de propriedade na sociedade pós-revolução industrial se restringe aos bens materiais e, ao contrário do escravismo, não se estende às pessoas. No caso das empresas, a propriedade se circunscreve às instalações físicas, materiais, instrumentos de produção e objetos produzidos. Esse é seu campo de posse restrito, sejam elas estatais ou privadas.

O processo de trabalho que faz da empresa uma unidade de produção de bens materiais ou de serviços é impossível de ser concretizado sem o seu sujeitoujeitado, o trabalhador. Para isso, o empresário compra e o trabalhador vende horas de sua força de trabalho. Vende horas da capacidade técnica de fazer, que com a saúde compõe a capacidade de trabalho. Qualquer que seja sua qualificação, o trabalhador é portador de um bem duplamente público, sintetizado na capacidade de trabalho: a capacidade técnica de fazer e a saúde indispensável para que a coisa se faça. O comprometimento ou perda da saúde e, conseqüentemente, da capacidade de trabalho, repercute em sua vida, na dos seus familiares e na da sociedade que, de uma ou outra maneira, ajudou a formá-la e assume, previdenciária ou societariamente sua perda. Daí porque a presença do trabalhador dentro de qualquer empresa cria, imperiosamente, um *espaço público*, pelos bens públicos que ele porta.

A existência de um espaço público dentro das empresas significa que processos de produção e organização de trabalho devem ser controlados socialmente e de modo permanente, principalmente, pelos que têm a responsabilidade maior de garantí-los e preservá-los: a própria empresa, o Estado, a sociedade e o trabalhador.

Toda a legislação internacional e nacional limitando a jornada de trabalho, restringindo o trabalho de homens, mulheres e crianças em condições e ambientes insalubres, proibindo o uso de determinados materiais e processos, fixando *níveis de tolerância* para determinados agentes nocivos do trabalho, normalizando o tempo de

trabalho e aposentadoria diferentes para algumas categorias de trabalhadores, obrigando a contabilização de acidentados e adoecidos e impondo sistemas de taxação diferenciados e regimes de seguridade, em que pese a heterogeneidade, além de revelar o conflito entre o capital e o trabalho, tem intrinsecamente, o mérito de consagrar doutrinariamente a capacidade de trabalho como um bem público e conferir à sociedade, aos trabalhadores organizados e ao Estado o poder de intervenção na empresa para preservação desse bem.

Quando nos últimos decênios os sindicatos operários japoneses negociaram a criação de coletivos de base, os franceses, as comissões de fábrica e no Brasil se legislou sobre a constituição das comissões internas de acidentes (CIPAS), o princípio doutrinário que gerou a construção desses instrumentos, independentemente de sua eficácia, foi o reconhecimento da sociedade sobre a existência de um espaço dentro da empresa que por ser público é passível de intervenção. É esse mesmo princípio que concede ao Estado o direito de taxação acidentária, de acordo com o risco de acidentes e doenças do trabalho, para prover-se de recursos financeiros que façam possível essa intervenção, qualquer que seja sua natureza.

Obviamente, entre a doutrina do direito, o espírito da lei, o contexto político, a interpretação do texto jurídico e seu cumprimento, existem distâncias muito grandes, invariavelmente preenchidas pela parte que detém maior poder. A redução dessas distâncias é uma obra política e não é raro que os movimentos sociais invertam a ordem das coisas e os direitos se antecipem às leis, convalidando o aforismo que *não existe lei se não há força social para exigir seu cumprimento*.

A medicina, e mais particularmente a disciplina que surgiu para tratar da matéria, a medicina ocupacional e os vários ramos do direito que lidam com o assunto, o acidentário, previdenciário, criminal e cível, exigem a comprovação do nexo entre a causa (o trabalho) e seu efeito (o acidente ou a doença) para que haja a geração de responsabilidades, direitos e benefícios. O reconhecimento da causalidade, tradicionalmente, diz respeito ao processo material da produção, isto é, ao manuseio de equipamentos, materiais e processos de transformação aos quais fica sujeito o trabalhador enquanto trabalha, conquanto o reconhecimento, por extensão, do acidente de trajeto como acidente do trabalho, subverta, em boa hora, esse tradicionalismo.

Conquanto a legislação acidentária discusse sobre a prevenção de doenças e acidentes do trabalho e sobre a prioridade que deve ser dada aos métodos de proteção coletiva que incidiriam sobre instalações, equipamentos e processos, isto é, sobre os bens de produção e sua dinâmica, o que a empresa faz e a legislação endossa é que ela cobre do trabalhador que se proteja, usando equipamentos de proteção individual, sempre incômodos, de eficácia duvidosa ou parcial. Ele deve, pois, se auto-proteger; em caso de doença ou acidente, se vivo estiver, deverá comprovar que o fez, sob o

risco de não fazer jus aos direitos e benefícios, invariavelmente pecuniários que a lei faculta. Apesar de vítima, cabe-lhe, como se vê, o ônus da prova. O reconhecimento da causalidade ou *risco* diz respeito, segundo a legislação, ao processo de trabalho em si, isto é, à manipulação de equipamentos e materiais em determinado espaço e momento que comprovadamente provoque danos à saúde ou morte por acidente.

Processos de produção similares resultarão em produtos similares, mas do ponto de vista da organização do trabalho eles podem ser diferentes, só por isso, resultando em diferentes níveis e frequências de danos e mortes. Ou seja, a questão da doença e morte como conseqüências do trabalho, não se restringe, exclusivamente, à materialidade do processo, mas também à organização do trabalho, determinada por relações sociais que não têm materialidade, dificultando e até impossibilitando o estabelecimento do nexo direto entre causa e efeito, exigido pela medicina e direito positivos. A patogenia da organização do trabalho resulta de relações sociais, variando conforme a natureza dessas relações, os setores e atividades econômicos, os ramos e as diferenças, sempre presentes, mesmo entre empresas do mesmo ramo.

A organização do trabalho, tanto como a do processo de produção é histórica, própria de cada período de desenvolvimento industrial, tecnológico e social do capitalismo e de cada país, guardando entre si, uma relação estreita por ocorrerem dentro do mesmo modo de produção. Nos limites dessa determinação maior, cada uma pode, no entanto, ter processos e organização de trabalho diferentes uma das outras, em um mesmo tempo e espaço.

As externalidades econômicas, políticas, sociais e científico-tecnológicas são que determinarão a cada empresa, dentro de suas políticas e possibilidades econômico-financeiras, que incorporações e adequações fará, a depender, também, da organização e resistência interna e externa dos trabalhadores, definindo a partir daí os limites possíveis das mudanças nos seus processos de produção e organização de trabalho.

Embora processos de produção e organização de trabalho tenham correspondência entre si, essa associação recíproca, habitualmente presente, não significa interdependência absoluta. Em princípio, pode-se usar trabalho escravo, ou como ocorreu na 2ª Guerra Mundial, trabalho de prisioneiros em indústrias com elevado nível de tecnologia e automação. Essas, porém, são situações francamente dolosas e, ainda bem, cada vez mais raras. As exceções citadas são para advertir sobre a tese do determinismo tecnológico, entendendo-o como capaz de eliminar relações sociais muito atrasadas e conseqüências lesivas aos trabalhadores, dando-lhe um caráter revolucionário em si que as inovações tecnológicas não têm.

A prevalecer a tese de Hirata e Zarifian (1992, op. cit.), antes que o Japão ingressasse na era da informática, a organização do trabalho, ao misturar

tradicionalismo e modernidade, se fez muito diferente do taylorismo-fordismo tradicional, com uma polivalência e qualificação lastreada na vitaliciedade do emprego, que facilitou uma incorporação tecnológica mais adequada à produção e sem o desemprego ou as demissões em massa ocorridos nos países industrializados do ocidente. Poder-se-ia arriscar a dizer que no Japão, as mudanças nas relações sociais e as condições histórico-sociais geraram modelos organizacionais do trabalho que precederam a incorporação das novas tecnologias.

De qualquer modo, as mudanças dos processos de produção e da organização do trabalho nos diversos períodos de evolução e crise do capitalismo recortam, como sombras, os perfis de morbi-mortalidade do trabalho, a tal ponto que se pode, também, com as devidas reservas, periodizá-los.

Na fase de acumulação primitiva de capital, correspondente ao primeiro ciclo da revolução industrial, ocorrido nos países precocemente industrializados, mais ou menos, entre 1780 e 1870, predominaram as doenças infecto-contagiosas e consumptíveis, seguidas por doenças típicas do trabalho, principalmente aquelas relacionadas à inalações de poeiras minerais e orgânicas e, menos freqüentemente, por acidentes tipo de trabalho.

No ciclo seguinte, de acelerada acumulação de capital, pré-monopolista, entre os anos de 1870 e 1920 e monopolista entre 1920 a 1950, caracterizado tecnologicamente pela indústria pesada de bens de capital, passaram a prevalecer as doenças explícitas do trabalho - embora insuficientemente reconhecidas e contabilizadas e não necessariamente com a mesma causalidade do ciclo precedente - e também, os acidentes tipo de trabalho e os acidentes de ida e volta do trabalho. As doenças infecto-contagiosas, parasitárias e comsumptíveis, prevalentes no ciclo inicial, tiveram enorme declínio.

No atual, francamente oligopolista, iniciado em torno de 1950 e acelerado a partir de 1970, a prevalência maior continua sendo dos acidentes típicos do trabalho, mas, sobretudo de doenças de causalidade não direta, com uma relação com o trabalho menos explícita e mais sutil. A tendência é o decréscimo das doenças e acidentes típicos do trabalho, o estacionamento dos acidentes de trajeto e a diminuição ainda maior das doenças infecto-contagiosas, parasitárias e comsumptíveis.

A transposição dessa periodização para o Brasil deve ser cuidadosa e é difícil, começando pelo fato já discutido da defasagem do desenvolvimento brasileiro e da sua dependência econômica, tecnológica e de mercado ao capital internacional, passando por uma outra circunstância importante, a celeridade e poder invasivo desse capital e da tecnologia que ele controla e que penetra nos países periféricos em determinados setores, mantendo o atraso em outros. Pode-se, porém ensaiar essa periodização em termos de perfil de morbi-mortalidade determinada pelo capitalismo

no país, tomando como primeiro período o compreendido entre 1890 a 1920, quando começa a industrialização com a indústria têxtil. Nesse período, a prevalência absoluta é das doenças "*pestilenciais*" e, a seguir, de outras infecto-contagiosas, parasitárias e consumptíveis de caráter mais crônico, ocupando lugar bem subalterno, as doenças explícitas do trabalho, provocadas por poeiras orgânicas e inorgânicas e os acidentes tipo do trabalho, então menos freqüentes e menos graves.

Entre 1920 e 1950, esse perfil vai se alterando lentamente, decrescendo as primeiras, aumentando as segundas, e as do terceiro grupo diretamente vinculadas ao trabalho.

No terceiro período ou ciclo, de 1950 para cá, as doenças "*pestilenciais*" só aparecem em surtos, as infecto-contagiosas, parasitárias e consumptíveis, ainda bastante presentes, passam a ocupar um lugar cada vez mais subalterno, os acidentes tipos e doenças tipificadas como do trabalho se elevam e começa uma rápida ascensão de doenças sem relação direta com o trabalho, tidas como crônicas e degenerativas.

As definições sobre o que seja acidente e doença do trabalho são ao mesmo tempo uma questão controvertida e permanentemente atual, porque envolve o conflito dinâmico entre capital e trabalho. Historicamente e por princípio, o capital os classifica de modo restritivo, como parte do próprio conceito que faz do trabalho e de coisificação do trabalhador, inspirando as seguintes meta-teorias: há um risco de adoecer e morrer próprio à natureza de qualquer trabalho; o risco é sempre de natureza material, ambiental, físico ou químico e faz parte do processo de produção, do nível tecnológico em que se encontra a indústria e é possível a incorporação de inovações; o risco tem um caráter ocupacional, implicando a auto-responsabilidade da escolha profissional; há uma predisposição ou susceptibilidade individual dos que adoecem ou se acidentam do e no trabalho; e por último, a obediência às normas de segurança e o uso de equipamentos de proteção disponíveis são suficientes para evitar ou manter a freqüência de doenças e acidentes dentro dos limites tecnicamente admissíveis. Essas meta-teorias conduziram aos postulados e práticas hegemônicos da medicina e engenharia cupacionais e do direito aplicados contemporâneos.

Pouco adianta invecivar o patronato por suas políticas e ações se não se fizer a exegese competente dos embasamentos teórico-ideológicos de suas práticas.

O adoecimento e morte pelo trabalho faz parte da história do homem e algumas das doenças do trabalho são quase tão antigas quanto ele. Isso não os fazem um atributo do trabalho, mas uma consequência possível. Os instrumentos de trabalho que o homem dispunha nos seus primórdios para enfrentar a natureza e dela se apropriar implicava, em sérios riscos, responsáveis pela curta duração de sua vida. O conflito com a natureza subjaz nos dias atuais, mas não é ele que determina hoje,

hegemonicamente, as doenças e mortes na sociedade moderna, mas sim os conflitos sociais onde o trabalho se insere.

Antes da era cristã, nos impérios grego e romano, as doenças e mortes do trabalho ocorriam com escravos e servos, sobretudo na mineração. Na Idade Média e durante o mercantilismo, essas doenças e mortes vão se fazer mais frequentes devido à expansão dos negócios e vão muito além daquelas que resultam do embate com a natureza, determinadas que são pela exploração do trabalho de escravos, servos e artesãos. Mas a explosão das doenças, acidentes e mortes do trabalho ocorre com a revolução industrial e burguesa, sobretudo a partir de 1870, como decorrência da universal, intensiva e extensiva exploração do homem no e pelo trabalho. O que determina essas patologias não é a ocupação, a profissão ou o trabalho em si, mas sua expropriação, que impõe, necessariamente, a difusão e, muito frequentemente, a intensificação da violência.

A prevalência do adoecimento e morte na classe trabalhadora dentro do trabalho é contemporânea à revolução médico-científica, quando a teoria da monocausalidade das doenças se sobrepôs, assentada na observação microscópica e reprodução laboratorial de várias doenças infecto-contagiosas e parasitárias e na eficácia das vacinas. Ela fez submergir, ao mesmo tempo, as teorias miasmática e da determinação social das doenças. O princípio positivista de que todo efeito tem uma causa, passou, soberanamente a prevalecer, inclusive com relação às doenças do trabalho, reduzindo-as às doenças "*ocupacionais*", colocando-as sob o signo da medicina ocupacional.

Todo o conhecimento anterior sobre a patogenia das relações sociais e organização do trabalho foi soterrado, tal qual fizeram os colonizadores espanhóis com a civilização inca: construíram suas cidades em cima das cidades incaicas, suas igrejas sobre as igrejas dos escravizados.

Quem lê *O Discurso sobre as Doenças dos Artífices*, escrito por Ramazzini em 1700, percebe bem a diferença entre a teoria da causalidade e a teoria da determinação social da doença, a primeira extremamente fática e a segunda, histórico-social, sem deixar de levar em conta o fato presente. Mesmo discutindo as doenças dos mineiros, Ramazzini não se prende ao *pó de cada dia* desses trabalhadores, mas à sujeição no trabalho. Aliás, ele fala mesmo é disso: da sujeição ao e no trabalho. Não há no seu escrito nada parecido à tirania do dogma positivista da causalidade da doença, muito menos única, mas sua determinação social, mais evidente quando discorre sobre as *doenças dos intelectuais*, os médicos entre eles, as *doenças dos escribas e notários*, as *doenças dos alfaiates* e assim por diante. Nessas e em várias outras artes descritas pelo autor, tanto ou mais do que os materiais e instrumentos de trabalho, ressaltam as

relações sociais e o modo como se organiza e se faz o trabalho na sociedade em que vivia.

Se há causa ou causas de doenças e acidentes do trabalho que guardam uma relação estreita com o processo de trabalho, esse não se concretiza sem uma organização que corresponda não só a uma tecnologia disponível, mas a relações sociais determinantes e determinadas por um modo de produção que transcende os muros e portões onde ela se realiza. Essas relações são o estuário de tudo isso.

A possibilidade de um trabalhador adquirir uma pneumoconiose trabalhando em uma mina de carvão, dentro de um mesmo processo de produção numa jornada de trabalho fixa, dobra se ela for duas vezes maior. Se o processo de produção se intensifica e intensifica o trabalho ao dobro, a possibilidade de ter pneumoconiose dobra. Mas não são os mineiros que estabelecem sua jornada de trabalho, nem as condições e instrumento de trabalho.

A meta-teoria da materialidade físico-química da *"exposição ao risco"*, da necessidade de comprovar o nexo (causa) com a doença (efeito), tão caros à medicina ocupacional e ao direito trabalhista, previdenciário e civil positivos, tem menos com a ciência do que com o sistema de reparação financeira ou indenizatória, advinda na mesma época, em decorrência da enormidade crescente do número de doenças e acidentes do trabalho e dos limites que o capital impôs e o estado capitalista normalizou.

O que determina a ocupação ou profissão é a necessidade do trabalhador ganhar sua subsistência e o mercado de trabalho. Não há escolha, e se não há, a auto responsabilização por *expor-se* no exercício de determinado trabalho é um mito. Não se é mineiro, ceramista, operário da construção civil, metalúrgico e bancário porque se quer, mas porque se precisa e essas são as ocupações possíveis. No documentário cinematográfico *"O pó nosso de cada dia"* produzido, em 1981, pela Oca Cinematográfica e Diesat, em assembléia do seu sindicato, um trabalhador da cidade de Pedreira, onde as indústrias ceramistas constituíam o principal e quase único mercado de trabalho, sob os aplausos dos seus companheiros discursa: *"...eu sei que tenho e vou morrer de silicose. Muitos companheiros aqui têm a doença e vão morrer também.; mas se não trabalhar na cerâmica, respirando pó, vou fazer o que? Morrer de fome?"*.

Por seu caráter letal ou altamente tóxico, uma série de substâncias manipuladas ou produzidas no trabalho têm efeito imediato e não poupa ninguém. Nem todas, porém, qualquer que seja sua forma física (de gás, vapor, fumo, poeira, líquida ou sólida), a via de penetração (respiratória, gastro-entérica, epidérmica) têm características de veneno, podendo se acumular no organismo e produzir efeitos sobre

a saúde a médio e longo prazo e, às vezes, não produzir nenhum quadro clínico evidente.

De cada 100 trabalhadores sujeitos às poeiras de sílica, um percentual variável adoece de silicose, percentual tanto maior quanto maiores forem o volume e a concentração de sílica na poeira inalada, menores suas partículas, mais prolongada a jornada e os anos de trabalho. Seaton (1975) afirma que essa é uma doença ainda muito presente nos Estados Unidos e sua prevalência é variável nas várias categorias em funções dos fatores acima e dos processos e tecnologias de trabalho. A prevalência da silicose no Brasil é desconhecida, mas presumivelmente maior que nesse país (Morrone, 1979; Mendes, 1986; Algrante, 1995), certamente não porque os trabalhadores brasileiros sejam mais *predispostos* ou *susceptíveis*, mas certamente porque sua sujeição às condições e organização do trabalho são piores e mais longas as jornadas e tempo de trabalho.

Um percentual também grande e muito mais desconhecido de têxteis passa a ter bissinose e asma evidenciáveis ao exame médico, provocadas principalmente pela inalação de poeira de algodão durante anos de trabalho e raramente diagnosticadas no Brasil (Nogueira & col, 1973). Há muitos exemplos similares e eles não se restringem às doenças provocadas por poeiras.

É fato que em populações sujeitas a substâncias e agentes nocivos de natureza física, química e biológica ou a pressões e tensões emotivas e psico-sociais, dentro ou fora do trabalho, o adoecimento não guarda, necessariamente, relação dose/resposta. Há muitas teorias para explicar o fenômeno e uma delas é a da predisposição ou susceptibilidade. Os que adoecem, enquanto grupo minoritário, seriam indivíduos predispostos ou susceptíveis e os outros, a maioria, seriam sadios. Os primeiros, portanto, seriam portadores de um "*handicap*", isto é, de uma predisposição patogênica endógena e individual, mais ou menos relacionada ao conceito genérico de *resistência*, no caso, baixa.

O conceito de resistência está ligado, quase sempre, ao funcionamento do sistema imunológico. É com ele que se opera quando se fazem vacinações em massa de uma série de doenças infecciosas. A imunidade conferida aos que adoeciam e sobreviviam a algumas doenças *pestilenciais* era conhecida muito anos antes da revolução médico-científica e, ao menos, a vacinação anti-variólica a precedeu e fazia parte dos usos e costumes populares. Daí para cá, os conhecimentos sobre o funcionamento do sistema imunológico e imunidade evoluíram muito e são marcos vitoriosos e dos mais expressivos da medicina contemporânea. Seria, por isso mesmo, banalizá-los, operar com empirismo com o anverso do conceito de imunidade, afirmando que os que adoecem do trabalho são "*predispostos*" ou "*susceptíveis*" a essa ou aquela doença, devido a uma presumida baixa resistência, posto que a maioria,

igualmente sujeita, não adoece, logo teria uma resistência maior e porque maioria, *natural* ou *normal*(Renaud,1994.p.317-34) Em suma, esses teriam algo que os adoecidos carecem. Em que se respaldam concepções tão vagas ?

A gravidade das intoxicações sabe-se ter uma relação dose/efeito, mas não são as intoxicações que estão em discussão, porque é insustentável falar, nesse caso, em predisposição ou susceptibilidade individual dos que se envenenam e menos ainda em resistência individual às intoxicações.

No século II, o rei persa Mitrdates ou Mitrídates VI, o Grande, por desconfiar de todos e para não ser envenenado, conta-se, tomava doses crescentes de veneno que chegaram a tal quantidade que ninguém poderia matá-lo dessa maneira. Não obstante essa estória que deixava circular, intranquilo, ele assassinou, por precaução, todos os seus familiares. A verdade é que não se conhece nenhum relato de resistência a substâncias tóxicas, tenham ou não o caráter de venenos. A inalação de mercúrio, de monóxido e dissulfeto de carbono, de óxido de chumbo e outras tantas substâncias presentes nos processos industriais nunca tornou imunes suas vítimas. Mesmo que suas doses sejam insignificantes e aparentemente inócuas a curto ou médio prazo, é de se supor que os efeitos a longo prazo sejam prejudiciais.

É, pois, um equívoco imaginar que os limites de tolerância admitidos oficialmente protejam, de fato, a saúde do trabalhador. As difíceis negociações entre empregadores, autoridades sanitárias e sindicatos sobre esses limites, no mundo inteiro, revelam que atrás do estabelecimento desses LT, estão interesses econômicos consideráveis que resultam em acordos que em si mesmo revelam a relação desigual entre capital e trabalho. Não é incomum que eles sejam fixados e no momento seguinte diminuídos e que algumas substâncias e matérias primas sejam até proscritas. São exemplos recentes os casos do benzeno e do asbesto. Convenhamos que isso não é ciência, é pragmatismo político com a saúde dos outros.

A meta-teoria da predisposição ou susceptibilidade, obviamente, não é levantada para os casos de substâncias altamente tóxicas, mas para outras, cuja relação dose/resposta está longe de ser tão clara, como no caso de várias poeiras inorgânicas e orgânicas que causam, ao longo de meses ou anos de sujeição, sintomas e doenças em muitos, mas não necessariamente em todos. Algumas dessas doenças, como a silicose, a bissinose, a asbestose e a asma são bastante conhecidas e estudadas. Conquanto não devamos falar em relação dose/resposta, sabe-se que quanto maior a concentração de poeiras e maior o tempo de sujeição, a prevalência é maior e menor o tempo para o aparecimento dos sintomas.

A alta mortalidade e elevada prevalência de silicose, em curto espaço de tempo na população de trabalhadores da catástrofe de West-Virginia em 1931, se deveu a essa conjugação de situações. Entre britadores de pedreiras, a prevalência de silicose

não só é maior como menor é o tempo para o aparecimento da doença do que em ceramistas. Entre os últimos, a prevalência é mais elevada e o tempo de aparecimento da doença mais curto nos que fazem a misturação do que entre os que fundem as peças. Com a asbestose, a bissinose, a asma dos cardadores e em inúmeras doenças respiratórias e não respiratórias, ocorre o mesmo (Ribeiro e Lacaz, 1994, op.cit.: 15-44; Algrante, Capitan e Bagatin, 1995; Nogueira & col., 1973, 1975).

A intensidade e o *tempo de exposição* - na verdade, tempo de sujeição - são dois elementos reconhecidos internacionalmente e convalidados na legislação acidentária brasileira, como envolvidos nas doenças do trabalho, e a despeito das reservas quanto aos "*limites de tolerância*", não só para substâncias químicas, mas para poeiras, ruído, etc, eles expressam e consagram a tese de que as questões mais importantes relacionadas às doenças do trabalho são a intensidade e o tempo de sujeição. E essa validação se opõe à teoria da predisposição ou susceptibilidade individual e, por extensão, se aplica também aos acidentes de trabalho.

Há, no entanto, estudos que perseguem a identificação de "*fatores*" ou condições de ordem individual, seja de natureza genética, constitucional, comportamental, psico-somática, sexual ou mesmo antecedentes patológicos que predisporiam a doenças e até a acidentes de trabalho. A partir desse enfoque empírico, investiga-se a estrutura músculo-esquelética, a personalidade, os períodos biológicos da pessoa (síndrome pré-menstrual, da menopausa e andropausa), doenças anteriores ósteo-mio-articulares, distúrbios hormonais, neurológicos e de conduta, neuroses e possíveis associações estatísticas. São buscas singulares, não necessariamente conclusivas, que retirados do seu contexto são convertidas em evidências, pouco consistentes, sobre a existência de um "*fator individual*" na geração de doenças e acidentes do trabalho, que tanto pode ser uma mera "*predisposição*" ou "*susceptibilidade*", como uma doença anterior, "*síndrome de compensação*" ou simples farsa para não trabalhar ou para obter vantagens. A patogênese do trabalho é esquecida e a responsabilidade por doenças e acidentes do trabalho passa a ser das próprias vítimas.

Apesar de ter havido uma sensível evolução conceptual em relação às doenças do trabalho, continua prevalecendo o conceito restrito de doenças *ocupacionais* ou *profissionais* provocadas por agentes físico-químicos nocivos, presentes no curso da produção. As relações de causalidade dessas doenças com seus agentes são estabelecidas com base nos "*níveis de exposição máxima*" ou níveis de tolerância (NT) e "*níveis de poluição admissíveis*", que variam de um país para outro, fixadas por pesquisadores e técnicos de órgãos dos ministérios da indústria, trabalho, previdência social e saúde, fundamentados em investigações realizadas em universidades e centros de pesquisa estatais e privados dos países mais

industrializados e acabam sendo compatibilizadas e convalidadas por organismos internacionais, como a Organização Internacional do Trabalho e a Organização Mundial da Saúde.

Ao estabelecer esses parâmetros, a intenção é normalizar as relações conflituosas do capital e trabalho e diminuir os agravos mais conhecidos da produção e do trabalho à saúde do trabalhador, ao meio ambiente e à população de um modo geral. É um objetivo inalcançável, se pensarmos na rapidez da evolução tecnológica e científica que orienta a produção industrial moderna. Essas organizações terminam por estabelecer parâmetros e normas que norteiam a concessão de alguns direitos, "*benefícios*" previdenciários, indenizações e seguros, razão porque, além do patronato e dos trabalhadores que têm assento eventual em suas reuniões periódicas, seguradoras e previdências privadas e estatais costumam fazer valer suas presenças, preocupações e interesses. No caso específico das doenças do trabalho, a contumaz insistência é sobre o nexo causal, ou seja, sobre a relação material e comprovável de causa e efeito.

A epidemiologia clássica, de certo modo, caminhou nesse sentido, de estabelecer a causalidade da doença, mas entendendo-a como fenômeno, ao mesmo tempo biológico e social, uma causalidade, portanto, múltipla, somente em parte verificável por métodos biológicos e experimentais. As outras causas seriam inferidas, a partir da observação da doença tal qual ela ocorre e evolui nas populações. O instrumento de observação não é o microscópio, mas a análise dos números e de suas correlações estatísticas. É um olhar armado com outras lentes, das ciências matemáticas. Os elementos ou variáveis envolvidos na determinação de uma doença são muitos e é preciso, além de intuí-los, medir a força associativa positiva ou negativa de cada um e de vários deles agregados. São os conhecimentos empíricos do meio ambiente e da sociedade que permitem a formulação de hipóteses, mas vão ser a matemática e a estatística que possibilitarão o estudo das associações, relações e correlações possíveis entre as causas possíveis, hoje muito mais facilitadas pelos programas modernos de computação.

Mas a característica principal da epidemiologia continua sendo a observação empírica que para ser profunda, como a de Snow, precisa ser indiciária. Foi graças ao conhecimento fundamentado, embora empírico que algumas dezenas de anos antes que a teoria infecciosa e da monocausalidade fizesse esquecer a determinação social da doença e as suas múltiplas dimensões, ele logrou explicar a epidemia de cólera de 1848 em Londres (Costa & Costa, 1990: 167-202).

Os estudos de morbi-mortalidade de populações fundamentados na epidemiologia moderna colocaram em cheque o princípio de causa/efeito, mas parece que a medicina ocupacional e o direito positivo não se deram conta disso.

Como as generalizações e o uso do senso comum não compromete, diz-se que a vida urbana provoca tensões e doenças e nominam-se até algumas. É quase unânime a afirmação que a elevação do número de doenças cárdio-circulatórias tem a ver com o modo de viver urbano atual gerado pelo industrialismo do desenvolvimento capitalista. Não é aceitável, porém, dar como certo que tal pessoa se tornou hipertensa por causa da aceleração do ritmo do seu trabalho. O grau de suspeição aumenta se outros que realizam o mesmo trabalho apresentam sintomas de adoecimento cardio-circulatório. A preocupação indiciária não deve se circunscrever, porém, ao elemento mais perceptível da patogenia do trabalho, no exemplo citado, o ritmo, mas com a patogenia do trabalho que impõe o ritmo e onde esse se inclui e costuma ser uma das suas expressões mais simples.

O referencial invocado com insistência é a categoria trabalho, que não se circunscreve ao processo de produção e a organização do trabalho dentro dos muros e paredes da empresa, mas se estende para fora, invade e modela a vida do trabalhador e suas relações com seus familiares, amigos e vizinhos (Minayo, 1992; Garcia, 1989; Laurell, 1989). Trabalho que se realiza em uma fase e dentro de um modo de produção determinado e hegemônico, o capitalista, onde a empresa em que se trabalha é apenas, e talvez, um mau exemplo.

PARTE II
A VIOÊNCIA OCULTA

6. UMA ATIVIDADE EXEMPLAR: O COMÉRCIO DO DINHEIRO

“Os banqueiros mercantis genoveses exerceram sobre as finanças da Europa um domínio comparável ao exercido, no século XX, pelo Banco Internacional de Compensação, na Basileia-um domínio tão discreto e sofisticado que, por muito tempo, passou despercebido pelos historiadores” (Braudel, 1984)”

G. Arrighi (1996)

“A Suíça é o segundo país mais rico do mundo, mas não tem nenhuma matéria- prima. Sua única riqueza é o dinheiro de ditadores, da evasão fiscal, do tráfico de drogas. Isso só funciona com o segredo bancário”

J. Ziegler (1996)

Os Bancos

A venda do dinheiro é um comércio antigo. Em seus primórdios, a usura era uma atividade individual malvista, reprimida e em muitas situações punida. No capitalismo mercantil, o volume e intensidade das trocas geraram notável entesouramento em mãos dos comerciantes e dos que intermediavam os negócios entre a produção e o consumo, acabando por tornar o aluguel do dinheiro acumulado uma atividade econômica em si e necessária à expansão de todos os ramos de atividades econômicas. Sempre era preciso dinheiro para comprar, construir e armar embarcações, contratar tripulações e exércitos, manter e povoar terras ocupadas (Arrighi, 1994: 87-148).

Até então as casas bancárias, designação mais comum adotada na Europa antes do século XVII, guardavam um estilo discreto, como se as transações feitas fossem coisas em família. Afinal, familiares eram os seus donos, freqüentemente seus funcionários e, de certa maneira, os próprios fregueses. E assim foi por um longo período.

Trabalhando com sua teoria de ciclos sistêmicos de acumulação capitalista, Arrighi toma como ponto zero do desenvolvimento do capitalismo mercantil, a expansão financeira do século XIII ao início do século XIV, sinalizando a aliança entre as classes e grupos que exerciam e queriam manter e expandir o poder nas cidades-estados e os donos do dinheiro que precisavam aplicar seus excedentes e multiplicá-lo. Segundo ele, *“o resultado foi uma alienação cada vez maior das cidades-estados ao interesse monetário”*, mais cabal em Gênova, onde a receita e

administração pública passaram, em 1407, para os donos da Casa di San Giorgio e em Florença, cujo governo foi tomado pela Casa dos Medici (1994: 94)

Essa acumulação primitiva do capital, ainda segundo Arrighi (1994, op. cit.: 99) teve na Europa como fontes principais a coleta de impostos papais combinada com o comércio da lã em Florença e citando Cox:

"Os grandes banqueiros eram, ao mesmo tempo, membros das(...) guildas de lã, de modo que a atividade bancária internacional e o comércio de tecidos tiveram um desenvolvimento coextensivo. Como banqueiros, eles convertiam em lã o dinheiro e as dívidas contraídas em países estrangeiros; aceitavam a lã como garantia de empréstimos; permitiam que os débitos papais em países estrangeiros fossem pagos em lã; pleiteavam concessões de comércio aos senhores feudais, especialmente o monopólio do mercado de lã, quando esses governantes pediam favores financeiros (...), financiavam a produção de tecidos no país e no exterior(...), empréstimos de curto prazo para a comercialização do produto final."

A usura, tão estigmatizada ainda no presente enquanto prática individual, na medida em que se institucionalizou com o capitalismo, ganhou aura de respeito que nem as falências, razoavelmente freqüentes, conseguiram abalar. Essa institucionalização, iniciada no século XIII se consolidou com o Estado moderno e centralizado, ele também emergente. É o Estado que a partir de sua conformação vai estabelecer agora as novas regras e limites das atividades financeiras que deixavam de ser apenas prestamistas para se constituírem em um crescente e complicado número de operações, a envolver vultosos interesses, não apenas econômico-financeiros provinciais ou de cidades, mas de nações e de empresas que se internacionalizavam. Entre a prática de emprestar a juros e a formação do capital financeiro das modernas corporações bancárias, passaram-se alguns séculos.

O Brasil vivenciou essa transição à distância. Os seus trezentos anos de colônia de uma metrópole decadente e subalterna aos interesses econômicos e políticos ingleses, fizeram-no uma praça comercial de menor importância, cujos negócios e empréstimos eram realizados pela coroa portuguesa (Prado, 1945: 49-65). No fim do século XVIII, Portugal era um império endividado e caudatário dos interesses econômicos e políticos de outras nações européias, em particular do Reino Unido (Furtado, 1961: 111-117). Não por acaso eram inglesas as casas bancárias que negociavam seus empréstimos.

Na ocasião, a população do Brasil colônia era estimada em pouco mais de três milhões, metade escrava (Basbaum, 1976: 93). Se os cidadãos livres eram consumidores modestos, que dizer desses outros que nem cidadãos eram ?

Essa população rarefeita, de baixo ou nenhum poder aquisitivo, estava concentrada em sua quase totalidade na faixa litorânea e, predominantemente, em fazendas e engenhos nos arredores de suas cinco cidades mais importantes: Rio de Janeiro, Salvador, São Paulo, Recife e Vila Rica. Somente a última, que florescera graças, principalmente, à extração de ouro, não se situava no litoral (Basbaum, 1976, op. cit.: 101). Quando o império finda, a população brasileira passara a 14 milhões, dois terços analfabeta, a maioria descendente de escravos, subempregada ou desempregada, com um operariado estimado em 70 mil pessoas e uma classe média extremamente rarefeita (Carone, 1970: 9-23; Prado, 1945: 181).

Do descobrimento à República, a produção do país passou da exportação de ouro, prata e pedras preciosas para a de produtos agrícolas de exportação, invariavelmente monoculturas, limitadas à faixa litorânea e que começaram a avançar para os planaltos das regiões do sul e sudeste do país, no meado do século passado. O regime de propriedade da terra pouco se alterara nesse tempo e as técnicas agrárias continuavam bastante rudimentares, assentadas ainda na exploração do trabalho escravo. No final do século XIX, no entanto, a lavoura do café passara a ocupar uma posição cada vez mais importante em nossa pauta de exportações e por requerer uma maturidade raramente inferior a cinco anos, impunha a necessidade de grandes investimentos de capital, não só em terras, implementos agrícolas e transportes, como em força de trabalho livre, praticamente inexistente no país.

As primeiras vivências do governo imperial com instituições financeiras, todas estrangeiras, foram desastrosas. Os juros, taxas de serviços e comissões sobre os empréstimos contraídos foram exorbitantes. Para justificá-los, as casas bancárias alegavam o alto risco do investimento, mas na realidade o que teria pesado para que as condições fossem tão desfavoráveis foram a tibieza e a corrupção dos negociadores brasileiros. É bom lembrar que por força do tratado de paz entre o Brasil e Portugal para o reconhecimento da nossa independência, o país herdara uma dívida de 3 milhões de libras esterlinas, cujos maiores credores eram a Nathan Mayer Rotschild e a Thomas Wilson Company, sediadas no Reino Unido, que mediaram o tratado. Dois anos depois, em 1824, já como país independente, o Brasil faz seu primeiro empréstimo no valor de 3,6 milhões de libras esterlinas, das quais recebeu em dinheiro 2,7 milhões. Um terço do total ficou com os próprios credores, a título de juros e comissões. Ao longo do império dos dois Pedros, o país jamais conseguiu pagar esse e outros empréstimos, sempre renovados mediante sucessivas amortizações

e acréscimos de novos juros e comissões, antecipadamente descontados do principal (Basbaum, 1976, op. cit.: 167-178).

Como se vê, as instituições financeiras internacionais marcaram de forma áspera e definitiva sua presença na economia e finanças nacionais desde a independência. Por todo o período do império, elas mantiveram e reforçaram seu papel de intermediadoras entre as praças estrangeiras e o Brasil, exercendo controle direto ou indireto sobre os produtos de exportação e o movimento dos portos, tomados como garantia. A situação não mudou com a proclamação da República e as crises políticas que a sucederam, em parte, geradas por essa dependência econômico-financeira e, em parte, por uma produção agrícola restrita, baseada nas lavouras do café e da cana de açúcar.

Após a primeira guerra mundial muita coisa mudou. O capitalismo avançara no caminho da monopolização, o império britânico, alquebrado com os gastos bélicos, perdeu sua hegemonia política e econômica, cedendo-a aos Estados Unidos da América do Norte, agora seu credor. A Casa Rotschild foi substituída de sua condição de principal credor brasileiro para a National Bank of New York que se instalara no país em 1915. Já então os empréstimos não se faziam somente entre credores externos e a República, mas também com os estados e o setor privado nacional, prática iniciada timidamente na metade do século anterior

A primeira instituição financeira nacional foi criada em 1808. Récem-chegado à colônia, D. João VI, através de um alvará, logo revogou um anterior que proibia a existência de qualquer indústria manufatureira no país. Ambos alvarás, o proibitivo e o revogatório da proibição, pareciam inócuos pela ausência de mercado consumidor interno e pela impossibilidade concreta de exportar esses inexistentes produtos manufaturados. No entanto, um e outro, nos seus respectivos momentos faziam sentido, o primeiro, como instrumento intimidatório aos nacionais que, afoitamente, quisessem contrariar os compromissos de comércio da colônia com o Reino Unido e o segundo, tornando então legal e possível uma industrialização, sabidamente distante.

Essa primeira instituição, o Banco do Brasil, era privada e comercial. Suas finalidades principais eram o desconto de letras, captação de depósitos em conta corrente, recebimentos e pagamentos, emissão de letras ou bilhetes pagáveis, comissões e saques por conta do Tesouro Nacional e de particulares, depósitos a juros, comércio de ouro e exclusividade de venda de gêneros do "*estaque real*" (diamantes, pau marfim, etc). Vinte anos depois de uma vida difícil, onde não faltou malversação do dinheiro, o banco foi liquidado.

Dez anos mais tarde, em 1838 foi criado um novo banco de propriedade nacional, o Banco Comercial do Rio de Janeiro, com finalidade estritamente comercial, que realizava empréstimos sempre a curtíssimo prazo. Esse banco, cujo

alvará de funcionamento foi emitido em 1843, operava com depósitos em moeda, jóias, prata, adiantamentos sobre títulos de valores fixos, descontos, negociação de letras de câmbio e terras, cobranças de letras ou qualquer título, empréstimos sobre penhores de ouro, prata, diamantes, apólices de dívida pública, compra e venda de metais, movimentação de fundos próprios, emissão de letras, conta corrente, etc.

Sucessivamente vieram outros: O Banco da Bahia em 1845, o Banco do Maranhão em 1846, o Banco do Pará em 1847, o Banco ou Caixa de Socorro Provincial de Pernambuco em 1847. A característica nova desses bancos era que suas atividades se inclinavam para empréstimos industriais e agrícolas, ou seja, para o financiamento da produção, com prazos de pagamento mais longos. A exceção do último que se capitalizou com dinheiro público, os demais eram de capital privado. Quando o Banco do Brasil voltou a existir em 1851, já havia quatorze bancos particulares de brasileiros e três caixas econômicas. À guisa de comparação, em 1840, o Reino Unido tinha 473 bancos e 1.084 agências e os Estados Unidos da América tinham 901 bancos (Franco, 1984).

Quando a República é proclamada, sua Capital, a cidade do Rio de Janeiro, tinha 35 bancos. Uma aceleração do passo, mas no final do século passado, apenas o Banco do Brasil tinha abrangência nacional. Os depósitos, em sua maioria, continuavam sendo de transações comerciais e raros se originavam de particulares. Guardar dinheiro em casa continuava sendo a regra, antes que a desconfiança aos bancos cedesse. Foi a cultura do café e suas crises freqüentes que fizeram dos agricultores assíduos usuários das instituições financeiras.

"Até o final do século XIX era comum o comércio a varejo pelo escambo, isto é, sem interferência do dinheiro nas transações. O vendeiro trocava o produto da produção agrícola por outros manufaturados que ele comercializava"
(Schimitz, 1991).

Ainda em 1957, testemunhava-se esse tipo de transação no sul da Bahia. O vendeiro comprava a produção do cacau ainda no pé, em troca de alimentos, vestuário e implementos agrícolas. Fazia, a seu modo, o papel de banco, escriturando as transações em um sistema próprio de conta corrente, à qual só ele tinha acesso, onde *"a receita era o que o agricultor trazia (ou iria trazer) e a despesa o que levava em mercadorias"* (Schimitz, 1991, op.cit.). Não era incomum, descreve, vendeiros mais ricos emprestarem dinheiro a juros, sempre altos, para a construção de casas, aquisição de terras e animais de carga, cercando-se de grandes cuidados para resgatar a dívida. O sistema era largamente favorável ao vendeiro, que se beneficiava com o

carreamento do excedente econômico para as suas mãos, propiciando acumulação de capital mercantil, ampliação dos seus negócios e transferência desse excedente para o setor industrial em formação. O agricultor era prejudicado de várias formas, a começar por se ver obrigado a vender na entre-safra, a preços invariavelmente mais baixos. Não raro, pequenos agricultores, freqüentemente analfabetos, eram lesados ao assinar promissórias. Esse expediente desonesto ficou conhecido na zona cacaueteira da Bahia como *caxixe*.

A criação das cooperativas agrícolas no começo desse século foi, em parte, resposta a essas relações comerciais abusivas, devendo-se sua introdução no Brasil, a agricultores italianos e alemães que se instalaram no sul do país.

"No processo de desenvolvimento econômico de um país ou região, os ativos financeiros tendem a crescer mais que a riqueza real ou a renda "per capita".

A razão para o acúmulo progressivo dos ativos financeiros acha-se na evolução dos serviços especializados de intermediação. Na verdade, o que ocorre é uma divisão do trabalho entre aqueles que poupam e as instituições que retêm a poupança. Isto é, os intermediários financeiros captam pequenas poupanças e se encarregam de alocá-las "

(Schmitz, 1991, op. cit.)

As cooperativas agrícolas eram, em sua origem, associações que visavam substituir o intermediário e a usura. Os bancos, pelo contrário, visavam ocupar esse lugar e tornarem mais explícita e normalizada a missão. No entanto, as próprias cooperativas, mesmo quando predominantemente constituída por agricultores, preocupadas em controlar seus próprios créditos e débitos, ao gerarem capital excedente e de origem mercantil, além de alavancar a produção e fortalecer o capitalismo no campo, terminavam possibilitando o financiamento de outros setores, inclusive o industrial e das instituições financeiras de outro tipo. Não acidentalmente muitas cooperativas e bancos de crédito agrícola acabaram absorvidos por bancos maiores tipicamente comerciais, cuja atividade principal era e continua sendo de emprestar dinheiro a juros e taxas de serviços capazes de multiplicar infinitamente o capital.

Os bancos comerciais representaram, desde sua origem, portanto, outro tipo de interesse, mais ligados que são ao capital industrial, com maior diversificação de serviços ou "*produtos*" e maior abrangência geográfica, despidos do caráter local ou regional que alguns tiveram no início. Uma das maneiras de perder essas características provincianas e ganhar espaços mais amplos foi através da fusão com bancos maiores.

Na terceira década do presente século, o processo de monopolização do capital financeiro crescia, à medida que a lucratividade aumentava. Na ocasião, a fixação por lei, da taxa anual de juros em 12%, não impediu que a lucratividade bancária continuasse a aumentar, através dos mesmos artifícios utilizados hoje, tais como o do aumento das taxas de serviços e outros expedientes que a inflação alta facilitava. Percebe-se que, no particular, a usura não renovou seus métodos.

Em 1925, a rede bancária nacional continuava concentrada nas duas principais praças comerciais do país, as cidades do Rio de Janeiro com 41 bancos e a de São Paulo com 21. Ao todo, havia nesse ano no país, 384 agências bancárias, incluindo as matrizes. Em 1957, as matrizes haviam passado para 357 com um total de 4.628 agências.

Evidenciando o processo de concentração do capital financeiro, dez anos depois, enquanto o número de agências somava 7.026, as matrizes haviam caído para 272. Essas matrizes voltaram a crescer nos anos 80, mas agora volta a haver uma concentração, através de fusões e da internacionalização do capital financeiro. Em 1995 existiam no país 246 bancos com 17.255 agências e outros 15.057 postos de atendimento em empresas, havendo a previsão de que aquele número caia para 70 em três anos (Folha de São Paulo, 5/11/95).

Cerca de 80% dos empréstimos bancários hoje se destinam às operações industriais e comerciais, ficando o setor agrícola com 6%. A equação, portanto, foi invertida com o tempo e os novos rumos da economia nacional. Ao invés de cooperativas e bancos agrícolas regionais, os grandes bancos comerciais, de abrangência nacional, com crescente participação internacional, interessados em operações de menor risco e rentabilidade alta e empréstimos a prazos curtos.

Essas mudanças de perfil das atividades bancárias, coincidem com as mudanças da economia e têm correspondência com mudanças das forças e grupos políticos no poder e na condução das políticas do Estado brasileiro. As antigas oligarquias rurais foram deslocadas ou se associaram a grupos de industriais e comerciantes recém-consolidados. As correntes e agremiações políticas que as representavam cederam lugar a outras correntes e a agrupamentos mais novos, onde passaram a estar minoritariamente representadas camadas e setores médios e operários da população, com reivindicações marcadas pelo conteúdo urbano e moderno. Por trás dessas correntes e partidos, financiando as eleições de candidatos para todos os níveis e instâncias de governo, estão as novas forças econômicas, entre elas os bancos, que plasmam as políticas nacionais, estaduais e locais.

Quando, em torno de 1930, essa virada se dá e o moderno Estado brasileiro se consolida, os bancos públicos estaduais maiores haviam acabado de se estruturar: o

BANESPA em 1926, Banco do Rio Grande do Sul e o BANESP em 1928. A eles se seguiram outros, cujos principais acionistas eram os governos estaduais.

Por esses bancos estatais transitaram vultosos recursos financeiros procedentes da movimentação de dinheiro público. Sua missão original era dar suporte aos investimentos em setores produtivos ou sociais desinteressantes para os bancos privados, devido aos riscos, baixa rentabilidade e ressarcimento a longo e médio prazo. Complementavam assim, a missão de outra instituição estatal de âmbito nacional, o Banco do Brasil, cujos recursos mais volumosos destinavam-se a empreendimentos em escala maior ou de natureza estratégica, como os setores de energia fóssil e hidroelétrica, ferroviário e rodoviário e agrícola, que requeriam aportes do Tesouro Nacional e empréstimos externos.

Os bancos públicos estaduais vieram a passar crises periódicas que levaram vários à situação falimentar ou pré-falimentar, com intervenções mais ou menos explícitas do Governo Federal, face à malversação freqüente dos seus recursos em empreendimentos de elevado risco sem garantias, presença constante de clientelismo em muitas operações e à elevação das taxas de juros impostas pelo credor maior, o Governo Federal. A debilidade dessa rede bancária estadual tem facilitado mais recentemente pressões para sua privatização. A alegação costumeira é de que essa rede estaria financiando os endividados cofres estaduais, transferindo depois o ônus para a União.

Conquanto boa parte dessas alegações sejam verdadeiras, a pressão recente para a privatização dos bancos estatais parece estar no bojo da proposta de reduzir o papel do Estado nas atividades financeiras, segundo o modelo econômico neo-liberal, permitindo que as instituições privadas controlem, de vez, os depósitos e dinheiro públicos. A resposta dos governos e bancos estaduais tem sido tímida, alicerçada no forte e tradicional espírito corporativo dos seus funcionários e em iniciativas de assumirem, com maior ênfase, funções de bancos comerciais, correndo atrás de uma modernização tecnológica e administrativa que os bancos privados já realizaram, cortando fundo, sem pudor e sem resistências maiores, sua folha de pessoal, mantendo elevada rotatividade de sua força de trabalho e cobrando taxas de serviços elevadas.

Em busca de maior lucratividade, toda a rede bancária pública e privada vem diversificando seus "*produtos*", expandindo sua territorialidade, reduzindo ao mínimo suas pretensas funções sociais, privilegiando operações de curto prazo e o empréstimo simples de dinheiro e aumentando suas taxas de juros e de serviços, acentuando seu caráter comercial e usurário. No que diz respeito aos bancos estatais, as pessoas comuns, depositantes ou meros usuários, às vezes, pelo simples fato de serem funcionários públicos, vêm se apercebendo dessas mudanças há algum tempo,

esmaecendo as simpatias por essas organizações que se tornam ressonâncias de um passado cada vez mais distante.

O Banco do Estado de São Paulo

O Banco do Estado de São Paulo, o BANESPA, foi fundado em 1909, sob o nome de Banque de Crédit Hypothecaire et Agricole de l'Etat de São Paulo, com capital e acionistas majoritariamente franceses. Sua primeira agência foi instalada na cidade de Santos com o objetivo central de beneficiar-se da circulação do mais importante produto de exportação do país, o café, comercializado pelas casas comissionárias encarregadas de sua venda para o exterior e localizadas na cidade. Quando o Banco passou para o controle acionário do Estado de São Paulo em 1926, ganhando o nome atual, continuava com essa solitária agência que contava com 22 funcionários (Romanelli, 1978).

A história do BANESPA faz parte da história do desenvolvimento econômico do Estado de São Paulo. Ele está presente financiando a lavoura cafeeira na crise econômica mundial de 1929 e nos bons e maus momentos que se seguiram. Suas duas primeiras agências em outras cidades do interior paulista foram inauguradas em 1935. Cinco anos mais tarde já eram dezoito, entre elas, a primeira da Capital, situada no Brás, coração da indústria têxtil e a primeira no Estado do Mato-Grosso, com a qual inicia sua expansão para fora dos limites paulistas.

No transcorrer da 2a. Guerra Mundial, o banco foi uma das alavancas do desenvolvimento industrial do Estado, estimulado pelas dificuldades para a importação de produtos manufaturados, instalando mais 46 agências no interior, uma no Rio de Janeiro e uma em Minas Gerais. Suas fontes de depósitos continuavam provenientes da produção agrícola, como se pode deduzir pela forte presença da instituição nas cidades do interior. Sua política de financiamento privilegiava os pequenos produtores rurais, possibilitando a importação de máquinas, a fabricação de implementos e a melhoria dos transportes. Tem sido o BANESPA, o banco responsável pelo atendimento dos municípios não ou pouco rentáveis e sem atrativos para os bancos comerciais privados.

Essa política, agora incriminada de assistencialista, na realidade expressa uma divisão do mercado bancário e tem retorno em termos de captação de recursos e de fortalecimento da condição do banco como agente financeiro comprometido com o desenvolvimento das forças produtivas no Estado. A inexistência de lucros imediatos e a presença de agências "*no vermelho*" não deveriam, necessariamente, desqualificar

a instituição que até aqui vinha cumprindo um papel definido dentro do sistema de produção e de acordo com uma política econômica preestabelecida. Ou seja, sem deixar de ser um banco igual a qualquer, que busca lucro e dividendos, por se tratar de um banco estatal, ele tem outras missões e objetivos não definidos pelos critérios da competitividade e seletividade de mercados e clientela.

Historicamente, os investimentos mais vultosos, as operações de maior risco, de retorno mais lento do capital e de lucratividade mais baixa sempre foram financiados ou tiveram aval dos bancos estatais, dada à sua natureza de bancos mais voltados para o fomento da produção que para as atividades comerciais de curtíssimo prazo.

Nem por isso, o banco descuidou desse segundo aspecto como revela o crescimento do número de suas agências na Capital. Em 1963, ela ganha mais três agências. Em 1964, outras quatro. Em 1976, a cidade conta com 73 agências, donde provem metade dos seus depósitos.

Em 1969, o banco passa atuar no exterior, começando por Nova York. Seguem-se agências em países da Europa e do Japão, introduzindo-se ele como intermediário de operações de alta lucratividade e custos operacionais baixos, colocando-se como instituição financeira internacional para a concessão de empréstimos a empresas brasileiras e para a execução de obras públicas fora do país. Ressalte-se que a vinculação do banco com o capital internacional não se dá pela penetração como acionista, mas por sua *"atuação como mediador e co-partícipe do capital internacional no país"* (.Romanelli, 1978, op.cit.,p.).

Nos primeiros anos da década de 60 o banco havia incorporado nove outras instituições financeiras e ampliado sua rede de atendimento. Em 1973, graças a mais uma incorporação, o banco se torna um conglomerado, com múltiplas atividades: empresa de crédito, de corretagem, distribuidora de títulos e valores imobiliários e agência de passagens, turismo e serviços. No último relatório/balanço publicado em 1994, ele registra escritórios e agências em Amsterdã, Frankfurt, Londres, Madri, Milão, Moscou, Lisboa, Paris, Nova York, Washington, Miami, Grand Caymon, Tóquio, Buenos Aires, Santiago, Asunção e Ciudad Del Leste.

Até o final de 1994, ele contava no território nacional com 1.702 dependências, das quais 1.608 no Estado de São Paulo, sendo 1.099 no interior e 509 na Região Metropolitana e 94 em outros estados. Sua clientela se constituía de 3,1 milhões entre pessoas físicas e jurídicas. O setor privado constituía 60% dessa clientela, 55 % sendo de pessoas físicas. Dos 40% da clientela pública, 39% eram de pessoas físicas.

Segundo o mesmo relatório, dos seus 22.101 contratos de crédito rural, 52,3% foram com os mini e pequenos produtores, 36,5% com os médios e 11,2% com

grandes produtores. Do capital votante, o Estado de São Paulo detém 66,7%, os funcionários 13,9% e o setor privado 19,4%. Do capital total, 55,3% são do setor privado, 33,3% do Governo do Estado de São Paulo e 11,4% dos funcionários. O documento assinalava a existência de 129 mil acionistas e um ativo de 14,8 bilhões de dólares.

A participação do banco no PIB nacional era de 1,7 bilhões. Esse montante correspondia a 4% aproximadamente do total do sistema financeiro, estimado em 42,4 bilhões de reais. Os depósitos do banco em 1993 totalizaram 6,8 bilhões com um incremento de 17% em relação ao ano anterior. Seus empréstimos no mesmo ano se destinaram majoritariamente para as atividades industriais (38,1%), seguindo-se o setor de serviços (18,2%), habitação (16,9%), rural/agro/industrial (16,3%), comércio (5,6%) e pessoas físicas (4,9%). Sua participação no mercado financeiro era de 11,5% para os depósitos a vista, 8,4% dos depósitos totais e 4,2% de poupanças.

Em dezembro de 1994, o Banco Central interveio no BANESPA. A principal razão alegada era que o banco estava apresentando um débito crescente, na casa dos 7 bilhões de reais e estaria em situação pré-falimentar, face à inadimplência, alias, contumaz, do seu maior devedor e principal acionista, o Governo do Estado de São Paulo. A solução proposta pelos interventores é a privatização do banco, absolutamente coerente com a atual política econômica do Governo Federal. Ou o Estado de São Paulo vende o seu banco ou vende outras empresas onde é acionista majoritário. O Governo estadual resiste, assumindo em parte a responsabilidade pelo desequilíbrio financeiro da instituição, mas creditando ao próprio governo federal a outra parte, face à sua política de juros, de tal modo elevados que aquela dívida, decorrido nove meses, pulou para a casa dos 14 bilhões e em agosto último para 19 bilhões de reais. De início, o Estado de São Paulo prontificou-se a renegociar a dívida, visto ser o maior devedor do banco. Quis fazê-lo pela metade com a venda de bens imobiliários, mas cobrou o aval da União para refinarçar o restante, através de empréstimos externos a longo prazo. O governo federal se recusou. A solução não parece próxima, apesar das perdas de toda a ordem que o banco vem sofrendo e do desgaste político das duas administrações cujos principais titulares pertencem ao mesmo partido político, desgaste tanto maior porque o governo federal parece mais generoso com as dificuldades da rede privada.

O trabalho bancário

O trabalho bancário é uma técnica exercida, principalmente, sobre determinado objeto, o papel ou sucedâneo, através de instrumentos com a finalidade de produzir operações e informações, enfim, serviços que tem valor de mercadoria.

Ele tem sua origem no ofício ou arte da escrita e, mais proximamente, da contabilidade, cuja característica, no passado, era de um trabalho mental vertido no papel sob a forma de símbolos lingüísticos, números ou outros modos de representação escrita.

Tanto como qualquer outro trabalho de escritório dos tempos modernos, com o qual tem estreita identidade, foi possível separar as atividades intelectuais ou de concepção, reservando-as para a administração, das atividades de execução reduzidas a tarefas simples, deixadas aos quadros hierárquicos subalternos, tarefas que implicam em operações manuais de operar máquinas de escrever e computar.

"O produto típico, embora não exclusivo, do trabalho mental consiste de sinais no papel. O trabalho mental é feito no cérebro, mas uma vez que assume a forma no produto externo - símbolos lingüísticos, números e outras formas de representação- implica operações manuais, tais como escrever, desenhar, operar máquinas de escrever, etc.- para fins de criar o produto. É, portanto, possível separar as funções de concepção e execução: tudo que se exige é que a escala de trabalho seja suficientemente grande, para tornar essa subdivisão econômica para a empresa"
(Braverman, 1981, op. cit.: 268)

.Essa divisão do trabalho foi facilitada pela expansão e diferenciação dos "produtos" oferecidos pelos bancos e pela automação progressiva. A divisão, em suas características basilares, não foi diferente da ocorrida em outras atividades econômicas, ou seja, o trabalho mental de concepção, foi historicamente expropriado aos trabalhadores para os quais restou a execução de tarefas fragmentadas e cada vez de menor qualificação.

No entanto, apesar de simples, as tarefas bancárias requerem um elevado nível de atenção e um permanente estado de alerta. Tais exigências resultam do medo de errar e de suas conseqüências. Afinal, trata-se de manipular a mercadoria de maior valor simbólico no capitalismo, o dinheiro, onde todas as coisas estão contidas. Dinheiro é sobrevivência, é emprego, é segurança, é casa, alimento, saúde, felicidade. E o bancário é o guardião simbólico de todas essas coisas dos outros.

Os elementos constitutivos do processo de trabalho bancário envolve as técnicas do trabalho em si, a operação dos seus instrumentos, meios e produtos, fundamentalmente, o tratamento das informações e a produção de outras, a

formulação de hipóteses, a avaliação dos resultados e o acompanhamento dinâmico do processo, que conformam uma tecnologia e disciplina próprias.

Mais recentemente, todo trabalho de concepção foi centralizado na administração superior que, também à distância, detém o controle de produção de cada unidade, via integração por computadores (sistema "on line"). Cabe à gerência do nível médio da administração, por ela própria e por seus prepostos, (sub-gerentes, chefes e supervisores), o controle físico do trabalho de cada trabalhador situado nos diferentes níveis. Nesse aspecto, a verticalidade do mando, a hierarquia de competências não difere a organização bancária de qualquer outra.

A gerência de banco, como as demais gerências de qualquer organização, tem, essencialmente, dois atributos: o da perícia técnica e o do poder sobre seus subordinados. A diferenciação de salário e outros *benefícios*, na verdade salários indiretos, obedece mais ao segundo dos atributos. Por ambos é que a força de trabalho gerencial, enquanto mercadoria, tem um valor diferente da força de trabalho subalterna. Mas ela não deixa de ter os atributos fundamentais, as "*marcas da condição*" da classe trabalhadora, certamente mais atenuadas (Braverman, 1981, op. cit.). Apesar de diferenciada, ela, também, perde autonomia, parte de sua liberdade e se subordina à administração superior. A função maior dos gerentes quase se restringe ao controle dos seus subordinados, porque o conteúdo histórico anterior do seu trabalho - a perícia técnica e o poder de conceber - foram esvaziados e transferido para a hierarquia acima, empobrecimento facilitado pelo sistema "on line".

Assim, a incorporação de avanços científicos e tecnológicos nas várias atividades econômicas e, em particular, na bancária, embora elevando a tecnologia do trabalho em termos médios, de um modo geral, não elevou a exigência de qualificação técnica do trabalho para a maior parte dos trabalhadores situados na hierarquia mais baixa, nem colocou ao seu alcance esses conhecimentos incorporados, privilégios resguardados para a administração.

"Quanto mais a ciência é incorporada ao trabalho, tanto menos o trabalhador compreende o processo; quanto mais um complicado produto intelectual se torne máquina, tanto menos controle e compreensão da máquina tem o trabalhador. Em outras palavras, quanto mais o trabalhador precise saber afim de continuar sendo um ser humano no trabalho, menos ele ou ela conhece. Esta é a noção de qualificação média oculta... a tese de qualificação é um simples artifício de nomenclatura...".
(.Braverman, 1981, op. cit).

A seleção de trabalhadores com nível de educação superior ou mesmo média, não se dá, pois, pela necessidade dos seus conhecimentos teóricos, em geral, pouco utilizados, mas pela disponibilidade no mercado. Há no mercado dos países industrializados, invariavelmente, excesso de médicos, engenheiros, advogados, odontólogos, administradores, economistas, contabilistas, etc.

Por esta razão, o número de cursos de extensão para essas profissões cresce, cumprindo a função de retardar a entrada desses técnicos no mercado, onde não cabem todos. Proliferam os mestrados, doutorados, os cursos de aperfeiçoamento e estágios. Tal qual as escolas de primeiro e segundo grau, as universidades tornaram-se imensas organizações de "*indivíduos sentados*" e, ao invés de se constituírem em instituições meios, acabaram sendo instituições fins.

Mas o controle do trabalho bancário não se dá hoje, apenas, pela coerção física e vertical das chefias. Há outro tipo de controle não hierárquico, horizontal. É um controle forte e sutil, que se naturaliza, a dos trabalhadores sobre os trabalhadores do mesmo nível, no "rés do banco". Ele se faz em função da interdependência das tarefas que realizam, cuja continuidade, ritmos e tempos são agora mediados pelo sistema automatizado. Os computadores não são sucedâneos das máquinas de escrever ou calcular, meros facilitadoras do trabalho. A integração "*on line*", os fazem censores rigorosos, olhar imperceptível e onipresente da administração superior distante, sobre todos os que trabalham e se obrigam a cobrar entre si plena eficiência e produtividade.

Hoje, a fundamentalidade do processo de trabalho bancário está em seu produto final, a informação. É através dela que o dinheiro, mágica e velozmente, se reproduz. Para ter o atributo de um bom produto, sua obtenção, tratamento e uso devem ser rigorosos e pragmáticos. E os meios e instrumentos modernos, que emprestam essas características à informação e lhe dá máxima eficiência, são o computador e a telemática. São meios não originários da atividade bancária mas, certamente, foi de todos os serviços, onde eles ocuparam maior espaço.

A incorporação da automação e da telemática pareceu elevar a qualificação dos que trabalhavam em banco. Com os computadores vieram engenheiros, analistas, programadores e digitadores. Embora houvesse uma divisão do trabalho, tal incorporação, a princípio, tornou o trabalho mais complexo. Todavia, a seguir, os técnicos mais categorizados foram substituídos por programas pré-elaborados, enquanto as tarefas ou trabalhos mais simples foram repassados aos níveis basais da hierarquia bancária, agora obrigados a digitar e acompanhar nos visores, os resultados de cada operação. A instalação dos caixas eletrônicos que aumenta a cada dia o número de informações e operações, fazendo do usuário o próprio operador do sistema, dá bem a medida da divisão e automação do trabalho bancário.

Muito antes, Braverman (1981, op. cit.), referindo-se ao trabalho bancário nos Estados Unidos, observava as transformações do trabalho do caixa, antigamente considerado funcionário importante pelo que se exigia dele, em questão de honestidade raciocínio e personalidade, essenciais

"para os contatos com o público e relações de banco... Ligados a equipamentos mecânicos e eletrônicos, esses empregados, outrora categorizados, foram transformados em funcionários de balcão... com seus salários tendo baixado a níveis mínimos no mercado de trabalho, suas atividades prescritas, conferidas e controladas de tal modo que eles se converteram em peças intercambiáveis".

Por outro lado, como a automação continua e a periferização e integração do sistema bancário são uma estratégia em curso, os funcionários das agências, cada vez acumulam mais tarefas simples. O que é tido como qualificação é, na verdade, um acúmulo de práticas elementares que requerem muita atenção, pouca elaboração mental e conhecimentos rudimentares, sob controle imediato da gerência e mediata da administração central. O passo previsível é do crescimento da automação e redução do "trabalho vivo".

Este é um fato preocupante para essa categoria de trabalhadores, posto que a expansão horizontal da atividade bancária e o crescimento do número de agências não guarda correspondência, com a ampliação do mercado de trabalho. Aliás, vale acrescentar, que a externalidade ou face pública da atividade bancária - o atendimento direto aos usuários nos balcões - é hoje um aspecto secundário dentro do sistema financeiro. Mesmo o pagamento de contas dos serviços públicos e privados, o desconto e depósitos de cheques, caminham para total automação.

Igual caminho trilham os serviços de apoio logístico e de retaguarda, como secretaria, telefonia, almoxarifado, arquivo e controle de pessoal. As secretárias estão se tornando simples recepcionistas, na medida em que são introduzidos programas com textos e expressões intercambiáveis de acordo com as diferentes situações, ao mesmo tempo em que outros programas de sintaxe e pontuação substituem as secretárias com "redação própria" e conhecimento de línguas.

Passo a passo, a atividade bancária, talvez mais velozmente que qualquer outra, está convertendo a quase totalidade dos seus trabalhadores em meros auxiliares de um processo de produção, cuja expansão horizontal da atividade requer, sobretudo, no nível hierárquico inferior, força de trabalho pouco qualificada.

Historicamente, essa atividade exigia um conhecimento específico. Seus mestres, os contadores, e pretendentes a mestre, os auxiliares de contabilidade,

lidavam com a escrituração de livros, papéis e transações, cujos maiores interessados eram pessoas físicas das classes econômica e socialmente mais favorecidas e, secundariamente, empresas que estavam longe de ter a importância de agora.

Por isso, era obrigatório que se os recrutassem na classe média e letrada, impondo-se, obrigatoriamente, comportamentos e expectativas compatíveis com os depositantes e usuários. Daí, o costume do paletó e da gravata. A origem de classe desses trabalhadores alimentou, por certo tempo, a ilusão de que a expansão dessa atividade e de outros serviços e do número crescente de trabalhadores que não precisavam sujar as mãos e as roupas enquanto trabalhavam, ao contrário dos operários, resultaria em ascensão social e de classe garantida, mesmo para aqueles que provinham do outro segmento socialmente menos privilegiado, o dos trabalhadores industriais.

Nessa linha de raciocínio, Hans Spier, em 1934, segundo Braverman (1981, op. cit.), referindo-se à Alemanha dizia

"...o processo em curso, da qual o corpo de funcionários torna-se um grupo maciço repousa nas tentativas bem sucedidas de substituir a experiência pessoal do indivíduo por uma administração racional e científica, de modo que uma proporção crescente de trabalhadores possa ser trocado sem riscos para a eficiência da empresa. O resultado disso é o surgimento de funcionários não qualificados ou apenas semi qualificados..."

"A tendência crescente em empregar funcionários de escritório de "origem proletária" indica que o número de empregos não qualificados e mal pagos está aumentando mais rapidamente que o número de empregos médios e principais. Em outras palavras, os empregados em escritórios em geral estão sendo submetidos a um processo de estigma social decrescente"

C.Wright Mills, igualmente citado por Braverman (1981, op. cit.: 295-296), assim se expressa sob o assunto:

"Poucas características do trabalho operário não se aplicam também aos "colarinhos brancos"... exceto, talvez, o esforço pesado que, no entanto, tende a diminuir de importância no trabalho operário; os aspectos humanos do indivíduo, desde os físicos até os psíquicos, tornam-se unidades no cálculo funcionalmente racional dos gerentes".

Como diz o próprio Braverman (1981, op. cit.: 296) não ser de admirar que

"...as duas variedades principais de trabalhadores, de escritório e fábrica, comecem a perder algumas das suas distinções de estratificação social, instrução, família e coisas semelhantes. Não apenas os funcionários provêm cada vez mais de famílias operárias e vice-versa, como cada vez mais misturam-se na mesma família. A principal distinção parece ser quanto ao sexo"

De fato, tomando como exemplo o próprio ramo bancário, a presença da força de trabalho feminina é crescente e não é improvável que já ultrapasse a masculina. Como habitualmente ocorre no mercado de trabalho, a mulher é recrutada para os trabalhos de menor qualificação e maior rotatividade.

Historicamente, o recrutamento da força de trabalho feminina se fez acompanhar de redução de salários, em decorrência da duplicação da oferta de mão de obra, cuja queda é proporcional a esse ingresso. O fenômeno é genérico em todas as atividades que não requerem força muscular, vale dizer, em todas as ocupações burocráticas, a exemplo da bancária. A automação é um componente de agravamento da situação, na medida em que constrange o mercado de mão-de-obra e simplifica a qualidade do trabalho requerido.

O menor valor da força de trabalho feminino no mercado, entre outras causas, se deve às exigências e ao oportunismo dos seus compradores. As condições biossociais de uma maternidade envolve nove meses de gestação, idealmente um ano de aleitamento e de cuidados especiais permanentes com a criança menor de 12 meses e necessidades bio-psíquicas recíprocas que se prolongam, ao menos, durante toda a primeira infância e pela vida afora. Além disso, a gestação pode se repetir em toda a fase reprodutiva da mulher. Tais papéis insubstituíveis e vitais para a sociedade, não entram na consideração dos empregadores, que vêem a mulher exclusivamente, como força de trabalho de menor valor por essas "*limitações*". As funções biológicas e sociais da mulher entram no cálculo das empresas com sinal trocado, de valor negativo, posto que favorece ausências ao trabalho e aumento dos custos da produção, logo, de redução do lucro. Pretextos anti-sociais dessa natureza servem para barganhar e puxar para baixo os salários de todos trabalhadores femininos e masculinos.

A motivação, acima de qualquer outra, que leva a mulher para o mercado de trabalho, é de ordem econômica, de subsistência, ou seja, de suprir com o trabalho, necessidades suas ou do seu grupo familiar. Nesse aspecto é idêntica à do homem.

Essencialmente, não o fazem por necessidade de realização pessoal, mas de sobrevivência (Marx, 1975, op.cit: 449-459).

No entanto, é impossível para a mulher, enquanto gênero, abdicar das condições biossociais próprias, renunciando totalmente à maternidade e ao papel central que ocupa no núcleo familiar. Essa impossibilidade aguçou as contradições das relações sociais e de produção e impôs negociações e soluções subseqüentes. Uma delas foi uma regulamentação mínima do trabalho feminino, procurando compatibilizá-lo, ao menos em parte, com a condição feminina e suas funções biossociais. A licença gestação/maternidade, a aposentadoria invariavelmente mais precoce e a proibição de alocar a mulher em determinadas atividades, decorrem do reconhecimento das diferenças de gênero e papéis. A insuficiência, inadequação e a desobediência dessa regulamentação, resultantes da desigualdade das relações conflituosas entre capital e trabalho, maior nos países periféricos que nos centrais, são responsáveis no Brasil por abusos quanto ao processo admissional, às demissões injustificadas, ausências e abandono do trabalho ou da profissão. São fatos que exprimem, ao mesmo tempo, aspectos do conflito entre capital e trabalho e da insubmissão da mulher no resguardo de sua condição.

Uma outra solução negociada foi a normalização, pelo Estado, de algumas necessidades da família, criadas em decorrência da entrada da mulher no mercado de trabalho, como a instalação de creches, a antecipação da ida à escola com a criação dos cursos maternais e da pré-escola e a extensão da jornada e tempo escolares. A institucionalização dessas necessidades, via serviços prestados pelo Estado e particulares, libera a mulher, como força de trabalho, mas não satisfaz plenamente suas necessidades e a da criança, dado ao caráter substitutivo, à baixa afetividade e à rigidez dessas instituições mormalizadas e normalizadoras.

Como se vê, a inserção da mulher no mercado de trabalho, certamente definitiva, ao mesmo tempo em que vem cumprindo, entre outras, uma importante função no desenvolvimento do capitalismo, rompe com sua submissão histórica ao homem e propicia um aumento duvidoso do rendimento do grupo que integra, fragiliza a estrutura do núcleo familiar e a sujeita, agora diretamente pelo trabalho, as relações sociais e de produção, em geral, piores, em termos de submissão e salários, do que aquelas às quais o homem está submetido.

A imagem antiga do bancário, de pessoa letrada, oriunda de estratos sociais médios, e que poderia ascender à posição do seu superior é, não obstante, ainda bastante forte. Não sem razão muitos deles cursam profissões de nível universitário, de algum modo ligadas à atividade que exercem, como economia, advocacia, administração e ciências contábeis. Em geral, essas expectativas se frustam, como sinaliza a redução real de salários e de empregos, a despeito desse esforço educacional

próprio. Apesar, portanto, da eloquência dos políticos da administração sobre a necessidade de capacitação dos "*recursos humanos*", jargão que substituiu a velha e mais humana expressão "*pessoal*", ao discorrer sobre a necessidade de qualificação do maior número de trabalhadores, bancários ou não, como elemento importante para a ascensão na profissão ou carreira, a realidade mostra que ela faz mais sentido para o capital. A ascensão na hierarquia bancária é mínima.

A divisão e desqualificação do trabalho bancário é pois um processo histórico e parece irreversível. Os que o exerceram por um período acima de quinze ou vinte anos tiveram a oportunidade de vivenciar parte dessas transformações (Romanelli, 1978, op.cit.). Os novos trabalhadores bancários praticamente o encontraram com as feições e tendências atuais, poucos tendo ilusões com respeito a uma carreira. Percebem que se trata de um trabalho burocrático, pouco valorizado e ,menos ainda, criativo, mesmo em bancos estatais, onde a rotatividade e as demissões estão longe de serem iguais às dos bancos privados, mesmo nesses tempos de crise e neo-liberalismo. Até onde tais constatações e a dificuldade de encontrar saídas são condições de sofrimento?

Há, também, no trabalho bancário aspectos físicos penalizadores. Essencialmente, ele se caracteriza por seu forte componente sedentário, impondo sempre a posição sentada ou de pé, com movimentos predominantes da parte superior do aparelho locomotor. As posições corporais acabam ganhando certa rigidez que induz a esforços neuro-músculo-esqueléticos para mantê-la assim, mais ou menos estática quanto aos outros segmentos desse aparelho. Diferentemente do conjunto do corpo, os membros superiores, particularmente, as mãos e dedos, em várias ocupações e postos, são muito exigidos e obrigados a uma movimentação repetitiva e contínua. Essa feição pouco ergonômica de trabalho bancário é agravada pela inadequação freqüente do ambiente: móveis e máquinas maldimensionadas e instaladas, iluminação e calor desconfortantes, ruído exagerado, etc (Romanelli, 1978; Assunção, 1993: 27-35).

Essas condições desfavoráveis do ambiente e condições físicas têm repercussões sobre o corpo que trabalha, em especial sobre as estruturas morfo-anatômicas mais exigidas. No que respeita às partes músculo-esqueléticas distais dos membros superiores, as mãos e dedos, a movimentação contínua torna crítica a viscosidade dentro das bainhas e leitos naturais onde deslizam tendões, vasos e nervos, resultando em atritos entre as várias estruturas vizinhas e conseqüentes perturbações funcionais e até lesões dos múltiplos e delicados componentes envolvidos. Tais desfavores bio-mecânicos podem ser agravados pelas condições ergonômicas e ambientais, pela atenção requerida, pela tensão própria à natureza intrínseca do trabalho e pela pressão circunstante.

A atenção requerida não se deve tão somente ao ritmo acelerado das operações inerentes ao processo de trabalho automatizado, comandado pela onipotência das máquinas, mas também pelo medo do erro e de suas conseqüências. É esse medo que empresta ao trabalho bancário, principalmente, o desempenhado por caixas e escriturários, uma patogenia peculiar, com provável repercussão sobre o psiquismo e a economia dos órgãos e funções mais exigidas, como a visão, as estruturas mio-esqueléticas e tecidos adjacentes, influenciando, também, negativamente sobre os processos de elaboração mental, escamoteados no decorrer desse trabalho tão impregnado de exigências externas pouco criativas (Romanelli, 1978; Silva, Sato e Delia, 1985; Ferreira, 1993; Codo & col, 1995).

Até onde esse trabalho, na forma em que é processado, organizado, nas condições físicas em que se cumpre, contendo relações conflitivas, em geral ocultadas, pode levar a ruptura dos limites indefiníveis entre o fazer e o adoecer, entre o normal e o patológico?

Os trabalhadores

A população bancária do país está um pouco acima de 500 mil trabalhadores, dividida pela metade entre bancos privados e estatais. Em 1985, era o dobro. Essa drástica redução nos primeiros seis anos se deu, em grande parte, na área privada , através de demissões; nos últimos quatro anos, mais lentamente, os bancos estatais trilham o mesmo caminho, não realizando concursos de admissão, criando programas de demissão incentivada e aposentando.

Como a rede privada é maior nas capitais e grandes cidades, o número de trabalhadores de bancos privados também o é. Nas cidades de porte médio, a população bancária se divide entre bancos estatais e privados. Nas pequenas, a situação se inverte, predominando os bancos e bancários estatais.

Diferenças substanciais com relação aos processos admissionais, estabilidade, carreira, salários e benefícios sociais entre os bancários dos setores privado e estatal acrescentam outras heterogeneidades dentro da categoria.

Admitidos dentro dos padrões e necessidades tradicionais da área privada, regulamentada pela Consolidação das Leis do Trabalho, os trabalhadores dos bancos privados constituem uma força de trabalho com uma média de idade abaixo da dos bancos estatais, em decorrência da alta rotatividade no emprego. Nesses últimos, o ingresso se dá por concurso público, com tempo longo entre um e outro, realizados mais para fazer substituições, em decorrência de aposentadorias, mortes e eventuais pedidos de demissão e menos pela abertura de novas agências e postos de trabalho. Esses fatores têm óbvias repercussões sobre a escolaridade, salários, comissões e

benefícios sociais e perspectivas de carreira dos dois agrupamentos. Se, como dizia Romanelli, em 1978, apontando para a contínua desqualificação do trabalho bancário e a constricção progressiva do mercado de trabalho, os bancários estatais vivem uma condição "*provisória definitiva*", os dos bancos privados vivem uma condição francamente provisória.

A expansão da rede bancária teve como resposta a criação de sindicatos regionais e de associações de trabalhadores por empresa. Essa multiplicidade de representações, em tese, facilita negociações por empresa e região, mas dificulta a formulação de propostas e ações unitárias, mesmo quanto às questões meramente salariais, em virtude das diferenças de concepções políticas e ideológicas dos grupos que assumem suas direções, agravadas pelas heterogeneidades já referidas.

Em muitos aspectos, as atividades das associações de funcionários de um banco complementam a atuação do sindicato regional, em outras, porém, se superpõem ou concorrem. Por outro lado, a heterogeneidade da composição das diretorias sindicais em decorrência da existência de trabalhadores de bancos estatais e privados, só pode ser superado por uma homogeneidade ideológica e política, difícil de existir ou ser construída.

O patronato bancário joga com essas contradições internas da categoria dos trabalhadores e de suas representações e explora suas divergências, não sendo incomum prestigiar ora uma, ora outra corrente, na tentativa, não raro com êxito, de dividi-la.

Historicamente, a liderança do movimento bancário, em parte, por algumas das razões apontadas, sempre pertenceu aos trabalhadores dos bancos estatais. Não é por acaso, nem por benesse do Estado que eles lograram, dentro desses bancos, o nível de organização e representação que têm. Foram conquistas obtidas ao longo do tempo, em virtude, sobretudo, de serem trabalhadores *de carreira* e com maior qualificação e experiência, dada à condição de estabilidade no emprego, determinadas até agora, pela necessidade intrínseca das instituições bancárias estatais precisarem de um quadro estável de servidores, com elevado espírito público e, por isso, com maior possibilidade de forjarem uma consciência de corporação.

As prerrogativas, benefícios sociais e políticas salariais praticadas pelos bancos estatais, parecidas entre si pelas mesmas razões, são muito diferentes das dos bancos privados, em que pese a tendência atual de nivelá-los. Fazem parte desse elenco, regimes especiais de aposentadoria, assistência médico-hospitalar auto-gerida, participação acionária, empréstimos favorecidos, clubes de recreação, etc. Frise-se que os trabalhadores contribuem, de modos diferentes, para usufruí-los; por isso, respeitadas as peculiaridades de cada banco, eles têm assento nas organizações

internas que gerenciam fundos e caixas e em alguns casos, como no BANESPA, na direção do próprio banco.

A mais antiga das entidades sindicais é o Sindicato dos Bancários de São Paulo. Nascida em 1926, como Associação dos Bancários de São Paulo, com finalidades estritamente beneficentes e forte resistência dos banqueiros, em 1931 recebia sua carta sindical, valendo-se do Decreto - Lei no.19.770 que inaugura a chamada *era sindicalista* do governo Vargas.

O momento, a origem e funcionamento permitido e submisso ao patronato nos primeiros anos, explicam a omissão dos seus dirigentes quando da primeira greve bancária do país, ocorrida no BANESPA em abril de 1932. O banco tinha uma única agência, estrategicamente situada na cidade de Santos, escoadouro da produção de café. As causas da greve foram as condições penosas de trabalho, inclusive o trabalho noturno compulsório, gerado pela necessidade dos exportadores liquidarem com o estoque de café. Na pauta dos grevistas havia outros itens, como um adicional maior ao salário e a readmissão de dez colegas tuberculosos demitidos. No ano seguinte, uma oposição aguerrida politiza essa omissão e se propõe a executar uma política de classe, colocando em seu programa, entre outros pontos, a jornada de seis horas de trabalho, salário mínimo, estabilidade no emprego após seis meses de trabalho e um regime de aposentadoria e pensões através da criação de um instituto próprio. Foi essa diretoria eleita, mais o Sindicato dos Bancários de Santos e alguns outros mais novos que, em 1934, conduziram a primeira greve bancária de âmbito nacional com base nesse programa (Canedo, 1978, op. cit.).

A resistência a essa avançada plataforma não era apenas dos banqueiros. Havia outras internas e fortes, dada à estratificação da categoria, em cargos e funções diferenciados hierarquicamente, os gerentes e administradores fazendo coro com o patronato, alegando que em todo o mundo havia queda de negócios, recessão e desemprego. Essas resistências dificultaram a coesão do movimento liderado pelos caixas e escriturários e a conquista plena da pauta de reivindicações. Os funcionários mais graduados acabaram criando um sindicato paralelo, de curta existência, sob a designação de Sindicato dos Funcionários dos Bancos do Estado de São Paulo.

Mas, contrariamente o que apregoavam os graduados, em que pese a crise econômica mundial, a situação política interna evidenciou-se extremamente favorável às reivindicações do movimento grevista, com a emergência do projeto trabalhista do Governo Vargas, que estratégica e preventivamente, absorveu muitos dos avanços das relações de trabalho que ocorriam nos países industrializados europeus. O apoio do governo foi, aliás, ostensivo, tanto que a figura politicamente mais importante depois do presidente, o ministro Oswaldo Aranha, numa atitude que seria inusitada para os dias de hoje, fez-se presente em um dos comícios dos grevistas, declarando-se

favorável às suas pretensões, ao final, em grande parte, atendidas, como a jornada de seis horas, estabilidade no emprego após dois anos de trabalho e a criação, no mesmo ano, do Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Bancários, em cuja diretoria os bancários passaram a ter assento, influenciando em sua administração por quase todo o tempo de existência da autarquia, extinta em 1966.

Na década presente, a despeito do restabelecimento formal do regime democrático instaurou-se uma política sistemática de retirada de direitos e prerrogativas dos trabalhadores das diversas categorias, conduzida pelo governo central. Alegando que a estabilidade no emprego, tirada aos trabalhadores do setor privado após o golpe militar de 1964, é um privilégio corporativo dos trabalhadores da administração pública direta e indireta, o governo lança-se sobre esses e impõe uma política de achatamento de salários, de retirada de benefícios sociais, de estímulo remunerado às demissões voluntárias, quando não as força, transferindo os recalcitrantes para outro estado ou cidade, criando um ambiente de medo.

Ao que parece, do mesmo modo que Vargas e governos posteriores tiveram como estratégia ter a classe trabalhadora e determinados segmentos e movimentos sociais como aliados ou, no mínimo, não tê-los como adversários, dentro de uma atuação que se aproxima daquela que Arrighi (1996) identificaria como de um Estado capitalista *"territorialista"*, ou seja de um Estado nacional forte como necessidade do capital, a atuação do Estado brasileiro hoje, é oposta, de liberdade econômica e plena do mercado, vale dizer, de desregulamentação das relações entre capital e trabalho, deixadas à sorte dos próprios contratantes.

As teses neo-liberais não são novas, nem aqui nascidas. Embora fazendo muito mal, não se trata de nenhuma idiosincrasia dos dirigentes políticos brasileiros à classe trabalhadora, mas de uma política econômica e social dependente que eles assumem, de compromisso com diretrizes internacionais, cobrada sem pudor e insistentemente pelo Fundo Monetário Internacional e credores externos que exigem cortes nos gastos públicos, equilíbrio na balança de pagamentos, estabilidade da moeda e privatizações das empresas estatais siderúrgicas, elétricas e outras estratégicas, criadas a partir do governo Vargas.

Os trabalhadores do Banco do Estado

Em 1929, dava-se como existente na cidade de São Paulo, 2.620 bancários, dos quais 132 eram do BANESPA que tinha uma única agência, a de Santos. É nessa agência pioneira, em 1932, que eclode a primeira greve de bancários do país,

motivada entre as razões econômicas, pela demissão de 10 funcionários portadores ou suspeitos de terem tuberculose, atribuída às condições de trabalho.

A obrigatoriedade do concurso público para a admissão no banco passa a vigorar em 1934 e a estabilidade após dois anos de emprego para a categoria bancária como um todo é conquistado com a greve nacional dos bancários no mesmo ano.

Em 1940, eram 539 os trabalhadores do banco, distribuídos em 18 agências. Em 1950, eles sobem para 1.260 em 66 agências. Em 1960 passam para 2.562 e as agências para 82. Em 1970 dá um salto para 10.755 e 230 agências e em 1990 chega aos 36 mil.

A partir desse ano, a tendência do número de trabalhadores do banco passou a ser decrescente. De 36.022, ele caiu para 34.843 em 1994, distribuídos em 1.702 dependências, das quais, 509 situados na Região Metropolitana do Estado, 1.099 no interior, 94 em outros Estados. No ano corrente, com as aposentadorias e demissões estimuladas estima-se que esteja hoje em torno de 30 mil.

Em 1976, ou seja, há pouco menos de 20 anos, dos 17.312 trabalhadores do banco, 14.702 (81,3%) eram do gênero masculino e apenas 3.240 (18,7%), do feminino. Em 1994, dos 34.843 funcionários, 18.905 (54,3%) eram homens e 15.938 (45,7%) mulheres. A distribuição por nível hierárquico e sexo dos trabalhadores está na tabela abaixo.

Tabela 13- Distribuição dos trabalhadores do BANESPA por gênero e nível hierárquico.1994.

Genero/ Nível	masculino		feminino		total	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>Gerência</i>	2755	88,6	352	11,4	3107	100,0
<i>adm.inf.</i>	5498	70,1	2347	29,9	7845	100,0
<i>Esc/Caixas</i>	10652	46,6	13239	55,4	23891	100,0
Total	18905	54,3	15938	45,7	34843	100,0

Fonte: BANESPA, 1994

Como se vê, em relação ao ano de 1976, aumentou muito a participação do gênero feminino na composição da força de trabalho do banco, cuja diferença para o gênero oposto passou a ser de apenas 9%; mas essa participação se dá, principalmente, no nível mais inferior da escala hierárquico, onde as mulheres têm uma maioria de 8,8 %. Nos cargos de chefia administrativa, porém elas são minoritárias à medida que se eleva o nível hierárquico.

A distribuição por escolaridade e gênero dos trabalhadores do Banco se encontra na tabela 14:

Tabela 14 - Distribuição dos trabalhadores do BANESPA por escolaridade e gênero. 1994.

Esc./Gen.	1º grau		2º grau		superior completo		total
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>
masculino	3097	16,4	9542	50,4	6266	33,1	18905
feminino	1728	10,8	7810	49,0	6400	40,2	15938
<i>Total</i>	<i>4825</i>	<i>13,8</i>	<i>17352</i>	<i>49,8</i>	<i>12666</i>	<i>36,3</i>	<i>34843.</i>

Fonte: Ibidem

Analisando-se simultaneamente as duas tabelas podem-se tirar algumas conclusões com respeito ao nível de escolaridade, exercício de chefia e gênero. Por exemplo, existem 6.400 mulheres com curso superior, no entanto apenas 2.699 mulheres exercem cargos de chefia, o que não significa, obrigatoriamente, que todas as últimas tenham formação superior. Por outro lado, apesar de só haver 6.266 homens com curso superior, 8.253 exercem cargos de chefia. Pode-se concluir que um contingente elevado de trabalhadores com nível superior exerce funções na escala mais baixa da hierarquia do banco e, também, que trabalhadores que não têm essa qualificação, a grande maioria do gênero masculino, ocupam cargos de chefia.

Apenas em parte, desigualdade de oportunidade tão grande pode se dever ao ingresso tardio da mulher no banco. A evidência mais flagrante da discriminação está nos percentuais de 89,1% do total de mulheres e 53,3% do total de homens do banco que ocupam o nível mais inferior da hierarquia da empresa, ou seja, entre caixas e escriturários.

A ascensão funcional na instituição é regulamentada, mas condicionada à administração superior. Dada às limitações ou à rigidez da estrutura funcional de empresa, a ascensão se dá, presume-se, pelos critérios de antiguidade e competência técnica, mas como a estabilidade resulta em um número grande de funcionários antigos em pé de igualdade, acaba a administração tendo grande poder de arbítrio sobre o sistema de promoção.

Para a admissão, desde os anos 60, é obrigatório ter, ao menos, escolaridade do 1o. grau. Não há exigência quanto a experiência anterior em trabalho bancário, nem mesmo de trabalho em escritório, revelando não haver qualificação especial para o exercício das funções de bancário. A exigência de nível superior fica restrita ao exercício de profissões que têm quadro especial e nada têm a ver com a atividade bancária em si, como médicos, engenheiros, advogados, etc.

Os critérios de seleção da empresa e o conhecimento sobre escolaridade, gênero e idade, permitem, em termos quantitativos, perceber alguns traços importantes

do perfil desses trabalhadores; suas crenças, ideologias e inserções político-sociais que, aliás, não fazem parte das preocupações desse estudo, têm merecido pouca atenção. Romanelli (1977) estudou-os sob vários desses aspectos, embora, com o passar dos anos, o perfil desenhado tenha, de algum modo, se modificado.

Historicamente, os trabalhadores do banco têm tido um papel relevante no movimento bancário do país e sua força de representação dentro da empresa não é pequena. Eles elegem um dos diretores da empresa, têm um Conselho de Representantes eleitos e, através do acordo coletivo, lograram a constituição um Comitê de Relações Trabalhistas e de um Fórum de Saúde bipartites e permanentes.

Além de representações sindicais múltiplas, face à extensão nacional da empresa, os trabalhadores do BANESPA têm sua própria associação (AFUBESP), de abrangência nacional, que funciona quase como um sindicato de empresa, realizando um congresso anual, além de vários encontros regionais, com a participação de representantes por locais de trabalho.

Tal nível de organização tem permitido ao longo dos anos, uma série de conquistas e benefícios sociais, e meios e instrumentos para provê-los, entre eles, uma previdência social própria e uma caixa beneficente (CABESP), responsável pela administração das necessidades em assistência médico-hospitalar comprada ao setor privado. Essa caixa, que detém 13 % das ações do banco, é mantida pela contribuição igual dos trabalhadores e da empresa e dirigida por quatro diretores, dois deles eleitos pelos trabalhadores.

Esse nível de representação e os benefícios sociais conquistados, em grande parte em decorrência da estabilidade virtual no emprego, fazem dos trabalhadores do Banco do Estado de São Paulo um segmento da categoria dos bancários que, nesses aspectos, só encontra similaridade em empresas estatais congêneres.

A familiaridade que têm uns com os outros nos locais de trabalho e nesses outros espaços de assistência e lazer, anos a fio, e a consciência de que trabalham em um banco estatal - que apesar de uma crescente comercialização tem ainda funções sociais - fazem com que os conflitos com seu empregador e acionista principal, o Governo do Estado de São Paulo, sejam negociados até a exaustão.

A recente eclosão de um número crescente de trabalhadores do Banco com lesões por esforços repetitivos (LER) é reveladora de que muita coisa mudou e está mudando, não para melhor nessa relação empregado/empregador esgarçada, talvez, ao ponto crítico de ruptura. É um modo de adoecimento, para eles, inusitado, diferente daquelas doenças habitualmente vivenciadas. Lidam, agora, com uma forma de adoecer que lhes é estranha, ocasionada diretamente pelo trabalho, antes exclusiva de trabalhadores industriais que integram segmentos econômico-sociais e culturais menos diferenciados.

7. O ADOECER E MORRER DOS BANCÁRIOS

“Três são as causas das afecções dos escreventes: primeira, contínua vida sedentária; segunda, contínuo e sempre o mesmo movimento da mão; e terceira, a atenção mental para não mancharem os livros e não prejudicarem seus empregadores nas somas, restos ou outras operações aritméticas. Conhecem-se facilmente as doenças acarretadas pela sedentariedade: obstrução das vísceras, como fígado e baço, indigestões do estômago, torpor nas pernas, demora do refluxo do sangue e mau estado de saúde. Em suma, carecem esses operários dos benefícios que um moderado exercício promove, mas a que não podem se dedicar, ainda que queiram, pois fizeram contrato e precisam cumprir sua jornada de escrita. A necessária posição da mão para fazer correr a pena sobre o papel, ocasiona não leve dano que se comunica a todo o braço, devido a constante tensão tônica dos músculos e tendões e, com andar do tempo, diminui o vigor da mão.

Conheci um homem, notário de profissão que ainda vive, o qual dedicou toda sua vida a escrever, lucrando bastante com isso; primeiro começou a sentir grande lassidão em todo o braço e não pode melhorar com remédio algum e, finalmente, contraiu uma completa paralisia do braço direito. A fim de reparar o dano, tentou escrever com a mão esquerda, porém, ao cabo de algum tempo, esta também apresentou a doença. Em verdade martiriza os operários o poderoso e tenaz esforço do ânimo, necessitando para o seu trabalho grande concentração do cérebro, contenção dos nervos e fibras; sobrem as cefalalgias, corizas, rouquidões, lacrimejamento de tanto olharem fixamente o papel, conseqüências que afetam muito mais os contadores e mestres de cálculos, como assim se chamam os que se alugam aos comerciantes”

B. Ramazzini (1971)

Os sinais da violência

A descrição de Ramazzini é uma síntese, escrita à moda e conhecimentos da época, dos vários distúrbios da saúde dos que trabalham sobre os códigos escritos da linguagem - palavras, números e sinais. Datada de 1700, é uma descrição mais do que processual do trabalho, notável e atual, resultado de uma observação indiciária, sensível e profunda, que não se detém apenas nos instrumentos e condições das operações, nem no exame do corpo biológico ou na horizontalidade do cotidiano dos que trabalham com a escrituração, indo além, sobre as relações sociais que estão por trás do modo de fazer e que podem resultar em adoecimento. A percepção sensorial está presente, mas aquele corpo, em sendo igual a tantos outros, se diferencia pelo que faz e pelas circunstâncias sociais, temporais e do lugar impostas. É humano e social. E essa relação entre corpo e relações sociais marcam-no, e uma dessas marcas é o sofrimento físico e mental que pode se expressar em um modo de adoecer.

O sedentarismo que produz perturbações gastro-entéricas e circulatórias não é aleatório, mas conflituoso e sujeito: os trabalhadores não fazem exercício, *"ainda que queiram, pois fizeram contrato e precisam cumprir a jornada da escrita"*. Também a atenção mental é uma exigência requerida aos contratados *para "não prejudicarem seus empregadores nas somas, restos e outras operações aritméticas"*. São também exigências próprias à natureza desse trabalho que obrigam a um *"poderoso e tenaz esforço de animo e grande concentração de todo o cérebro"* e a *"um contínuo movimento da mão"* que pode levar à paralisia dos membros superiores. A patogenia é processual, mas socialmente determinada pelas relações de subordinação que se estabelece entre quem compra e quem vende trabalho. Nenhuma referência à naturalidade da doença, a qualquer predisposição ou susceptibilidade individual dos adoecidos.

Ao descrever os sintomas premonitórios do adoecimento dos escriturários, o paradigma semiótico vai além da clínica, é epistemológico, pois a observação empírica e indiciária de Ramazzini transcende a causalidade próxima ou aparente. Ele não discursa tão só sobre as doenças da escrituração ou das outras ocupações - dos mineiros, químicos, cardadores, etc - mas sobre o sofrimento e adoecimento dos que as exercem em condições que em sendo locais, são sociais e históricas.

No prefácio do seu livro, Ramazzini recomenda que além de perguntar ao doente sobre o que sente, indague-se sobre o que faz, revelando que visitava as oficinas de trabalho para se aperceber dos *"segredos"* de suas artes, segredos que iam além da simples constatação fática, buscando conhecer não apenas com que e como as coisas são feitas, mas porque assim é determinado e se faz. Sua preocupação, portanto

não se circunscrevia ao processo de trabalho, mas às suas exigências sociais introjetadas subjetivamente. O universo que ele observa e onde estão seus doentes é o universo dentro e fora do trabalho. Os doentes são sempre trabalhadores, mesmo quando dispersos em oficinas e em suas casas, obrigados a realizar determinado trabalho impositivamente por necessidade sua e social e dentro de uma relação de subordinação, mesmo na ausência do empregador

O sofrimento e as doenças que Ramazzini descreve são sempre de coletivos de trabalhadores, uma visão plural, a partir da observação singular que o exercício da clínica aguça, donde se pode presumir que ele não apenas via, mas *ouvia* muito. O coletivo não estava, como nas fábricas e empresas atuais, necessariamente em um único lugar. Valendo-se da perambulação de médico, tão comum em sua época, ele conseguia ver esse plural. Há, portanto, implícita, na sua construção conceptual e empírica, também, a noção da observação repetida e de números, mas, sobretudo, a curiosidade com intenção, da constituição de um saber que vai muito além das aparências mais visíveis. Sua procura não é diletante, porque, como diz Canguilhem (1978), "*é melhor saber quando se quer agir*", um saber que em sendo fatual, não deixa de ser histórico e social e nesses aspectos prescinde de provas e comprovações materiais.

Preocupação com a determinação e causalidade das doenças e teorias explicativas a respeito, sempre existiram, mesmo com relação às doenças do trabalho, e a de Ramazzini é apenas uma.

O dogma da prova e da comprovação na medicina- e a crítica é ao dogma e não à prova e comprovação experimental ou estatística - nasce na segunda metade do século XIX com a microbiologia. Os postulados metodológicos de investigação dessas ciências seriam logo apropriados pelo sistema de reparação das doenças e acidentes de trabalho da revolução industrial. Reduzida, a questão foi transferida do campo das relações sociais e do trabalho para o *laboratório*: doenças e acidentes para serem considerados do trabalho precisam ter sua causalidade provada e comprovada como sendo decorrência do processo de produção.

Esses são parâmetros conceituais do capital industrial, dentro dos quais, a medicina ocupacional - melhor dizer medicina industrial - que nasce com ele, vai estabelecer os seus paradigmas e operar. Objeto de uma legislação e normas específicas, fundamentadas no cientificismo positivo que impregnou todo o saber e prática médica, essa em particular, o reconhecimento das doenças e acidentes do trabalho passaram a carecer do aval do sistema, constituído pelas instituições seguradoras, previdenciárias e de assistência médica, sob controle do capital e do Estado capitalista. A vítima passa a ser considerada *usuária* ou *beneficiária* e para fazer jus aos *benefícios* correspondentes, terá que provar que o dano à sua integridade

física - e tão só essa, objetiva - foi provocado pelo processo de trabalho, ou seja, é preciso que o trabalhador individualmente requeira e se submeta às provas, não apenas de que está efetivamente doente, como de que sua doença é efeito de uma causa gerada na produção. Nasce assim a teoria do nexo causal em infortunistica do trabalho, como extensão da teoria da monocausalidade das doenças infecciosas.

A presença da doença no corpo passa a precisar do crivo do médico, não do clínico indiciário, mas desse outro artífice normalizado pelo Estado, que por suas origens sociais e com um saber e práticas novos, fundamentados na propedêutica armada de tecnologias, trazidas pela *revolução científica*, é formado e cooptado para atuar dentro daqueles parâmetros e paradigma, avalizando-os. É ele quem vai dar o nome, conceituar e medir o grau da lesão ou o estado da doença. É agora um técnico do sistema. E se há dúvidas quanto à presença do nexo causal e o requerido pelo trabalhador adoecido vai além da assistência médica, impõe-se que o *agente* do processo de produção incriminado de *nocivo*, seja identificado e medido porque, diz a norma, para que a doença seja considerada do trabalho, é preciso que haja *exposição ao risco* específico e que ela e ele ultrapassem os *níveis de tolerância* normalizados, isto é, abaixo dos quais a doença não ocorreria, salvo, presume-se, em pessoas *predispostas ou susceptíveis*. O que prevalece, sequer, é a apreensão da realidade objetiva, das condições físico-materiais do trabalho, mas os padrões possíveis de conciliar a necessidade da produção com a administração das queixas e reparações.

O sistema reparador, porém, apesar de suas muitas impropriedades e desvios que o faz subalterno aos interesses do capital, historicamente é uma construção originária de necessidades e pressões dos trabalhadores e de exigências sociais, face à tragédia das condições do processo de produção fabril, onde a violência do trabalho fez-se explícita, catastrófica e uma ameaça social. Por isso, é compreensível que as políticas, as legislações previdenciárias e acidentárias, normas, instrumentos de fiscalização e ações, sempre de caráter reparador e de abrangência restrita, centrados na teoria do nexo causal, estejam voltados, inteiramente, para o setor industrial, onde o número e a gravidade dos acidentes e doenças típicos do trabalho tornaram-se, desde a primeira metade do século XIX, nos países centrais, uma preocupação crescente.

Desse modo, as doenças do trabalho ficaram circunscritas a um pequeno número de doenças tipificadas como *ocupacionais*, quando a causalidade direta era impossível de ser negada e, por conseguinte, passível de alguma forma de reparação. Com isso, a determinação social das doenças foi soterrada e a patogenia das relações sociais do e no trabalho negada para todos, fossem ou não trabalhadores fabris.

Diante de tais circunstâncias, em que os trabalhadores da indústria, mais organizados, tiveram e têm negados ou ocultados até acidentes e doenças típicas, seria

difícil que trabalhadores em escrituração, mais recentemente agrupados, no início em pequenas empresas - escritórios, casas comerciais, administradoras de serviços e bancos - viessem a ter reconhecidas e contempladas doenças como as descritas há quase 300 anos por Ramazzini, determinadas menos pelo processo de produção e muito mais pelas relações sociais e de subordinação, brutalizadas agora pela racionalidade moderna do trabalho no capitalismo industrial.

No entanto, apesar dessa negação normalizada e institucionalizada, a patogenia do trabalho de *escritório*, isto é, de codificação da linguagem, vai se fazer cada vez mais exuberante, na medida em que os que realizam esse tipo de trabalho, agora em várias categorias originadas da divisão do trabalho, são cada vez em maior número e mais sujeitos às exigências do trabalho.

Nos distúrbios ósteo-mio-esqueléticos que vitimam os que trabalham em *escrituração*, os bancários entre eles, há um nexos com duas de suas causas mais aparentes e próximas: os movimentos repetitivos da mão e dedos e o esforço músculo-tendinoso estático de toda a parte superior do aparelho locomotor. Não é o caso dos distúrbios gastro-entéricos, cárdio-circulatórios e mentais, onde não existe relação de causalidade tão objetiva.

Observe-se que o reconhecimento das lesões dos membros superiores como resultantes do trabalho se dá pelo crescimento do número de casos nessas categorias de trabalhadores. Sem contabilizar casos, nem medir o esforço muscular despendido, mas dando crédito às queixas e atento à sua frequência, Ramazzini as reconheceu, lá atrás. Fez, em relação a essa e outras doenças do trabalho, o que Snow viria a fazer 150 anos depois, indiciariamente, desvelando a origem e trajetória da epidemia da cólera em Londres, antes da identificação do seu agente causal mais próximo, o vibrião.

É a contabilização de casos, a começar pelo número de nascimentos e mortes, instituída primeiramente para o estudo das populações, que viria fundamentar uma nova disciplina ou ciência, a epidemiologia. São estudos de morbidade e mortalidade de recorte epidemiológico que virão a provar e comprovar o que empiricamente se sabia: que o adoecer e morrer é desigual e se distribui “*geograficamente*”, segundo as classes, segmentos sociais, renda e trabalho.

Dos quatro grupos de distúrbios citados por Ramazzini, como comuns entre escriturários, nesse primeiro momento iremos nos deter em dois: as perturbações e doenças dos aparelhos cárdio-circulatório e digestivo que fazem adoecer e matam, proporcionalmente, mais os que vendem força de trabalho do que os que a compram e mais os que realizam o trabalho manual, situados na hierarquia inferior, do que os que controlam o trabalho dos seus subalternos. Estudos de morbi-mortalidade por

categoria e hierarquia funcional vêm demonstrando essas diferenças (Berlinguer, 1987, 1988; Rummel, 1987; Possas, 1989).

A objetividade, ou positividade, exigida à medicina pelo capitalismo e suas instituições reparadoras, coíbe o médico de trazer o conhecimento oriundo da observação empírica para sua prática normalizada, sob a alegação da falta do nexo de causalidade ou prova objetiva.

No entanto, há tempos que se sabe, por exemplo, que a úlcera péptica é mais habitual entre administradores e profissionais que exercem funções de responsabilidade e competitivas, todas sujeitas à tensão nervosa. E é bem provável que sua maior prevalência no gênero masculino, numa proporção de 4:1 (Gray, 1956), esteja relacionada menos ao gênero do que à frequência maior com que os homens exercem essas funções. É possível que hoje essa diferença seja menor, na medida em que se tornou menos infrequente mulheres exercê-las. Os sintomas iniciais da doença aparecem com mais frequência entre 20 a 40 anos e a úlcera costuma a aflorar, na maioria dos casos, na faixa etária de 45 a 55 anos. É, portanto, uma doença que ocorre no período da vida produtiva e eclode em uma idade em que pesam muitas ameaças.

Distúrbios emocionais são comuns em doentes com úlcera, e recaídas e complicações estão associadas com fases da vida de sustentada ansiedade, frustrações e outras dificuldades psico-afetivas, mais frequentemente na úlcera duodenal que na gástrica. Nessas situações, a fisiopatologia indutora seria a produção excessiva de suco gástrico e hipercloridria conseqüente, por estímulo vagal, aliada à queda de resistência dos tecidos locais. Vale lembrar que as úlceras múltiplas do trato digestivo superior, subseqüentes a lesões do sistema nervoso central, infarto do miocárdio, infecções graves, estado de *choque* e internações hospitalares prolongadas, conhecidas como “*úlceras do estresse*”, têm origem nervosa e seu aparecimento é mediado por agentes químico-biológicos que provocam vaso-constricção circulatória local e conseqüente baixa oferta de oxigênio, aumentando a suscetibilidade celular à acidez gástrica.

Situações de adoecimento tão extremas, cuja fisio-patologia tem sido revelada através de ensaios clínicos, bioquímicos e anátomo-fisio-patológicos experimentais, mostram a complexidade dos fenômenos da digestão e de suas perturbações.

Na relação do capital com o trabalho a questão da digestão não é, porém, colocada nesses termos, de uma função totalizadora, bio-psico-social, mas ao ato simples do trabalhador ingerir os alimentos, necessidade indispensável para a reposição da energia consumida pelo e durante o trabalho. Dentro dessa concepção utilitarista, os alimentos são o combustível lançado dentro de uma fôrnalha, a boca, para que a máquina/homem continue trabalhando, ao menor custo possível e com perda mínima de tempo. Essa visão mecanicista é originária da fisiologia alemã do

fim do século passado e prevalece no presente. Nas relações sociais de produção, a preocupação é com o primeiro momento da digestão, o ato de alimentar, entendido simples e maquinal, a ser cumprido em um tempo definido contratualmente.

Longe disso, a digestão é um processo extremamente complexo que iniciando na boca, só em parte se realiza no tubo digestivo, envolvendo não somente os órgãos que o compõem - boca, esôfago, estômago, intestinos grosso e delgado - mais outros, relacionados diretamente com essa função, como o pâncreas, fígado, vasos e nervos e, indiretamente, como o coração, pulmões, rins, pele, medula e os sistemas nervoso e endócrino.

Ela pode ser descrita como uma sucessão de eventos fisiológicos que têm como finalidade última, transformar substâncias externas e de composição habitualmente complexa, em seus elementos mais simples, de forma a possibilitar sua passagem através das paredes celulares do tubo digestivo e, após ganharem a corrente sanguínea e linfática, se incorporarem, já dentro das células, à matéria viva. Mas mesmo sua primeira fase, desenvolvida no tubo digestivo e aparentemente local, requer grande dispêndio de energia, mobilização de eletrólitos, vários litros de água que são ingeridos, secretados e eliminados, produção, atuação e consumo de enzimas e outros catalisadores, mediado tudo isso por estímulos nervosos, químicos, elétricos, hormonais e circulatórios. Significa que na digestão, desde seu início, há a participação de todos os órgãos e funções, objetivando dar conta da diversidade quantitativa e qualitativa dos alimentos necessários à reprodução do próprio corpo.

Assim, o ato de comer que inicia o processo é apenas um dos seus tempos e o único perceptível e público. O ritmo e intensidade da digestão são variáveis e em termos de trocas e intercâmbio metabólicos, ela é ininterrupta, mesmo quando o indivíduo dispense pouca energia, ou seja, quando não trabalha, nada faz ou dorme.

Por outro lado, enquanto a musculatura estriada, presente no início e final do tubo digestivo, preside os atos voluntários de mastigar, deglutir e evacuar, a musculatura lisa, situada no nível gastro-intestinal, preside os atos involuntários, subordinados aos estímulos neuro-vagais. Isso significa que os regulamentos sociais podem reger os primeiros e último, mais curtos, mas nunca os segundos, intermediários e mais longos, sujeitos a uma dinâmica própria e a perturbações neuro-vagais de difícil controle. Por isso, a par da garantia do tempo e condições necessárias para os primeiros e derradeiro, pressupõe-se que os segundos também os requerem.

Não é, portanto, de estranhar a constatação de Vigne, citado por Gomes (1978), de que o simples aumento do tempo de refeição de 30 para 40 minutos, tenha feito cair de 54% para 40% a frequência de distúrbios gastro-intestinais em trabalhadores.

Permanecer sentado ou de pé, atento e mentalmente tenso, trabalhando e com tempo de refeição encurtado, como fazem esses escriturários modernos, os bancários, têm efeitos diferentes, como descreve Romazzini, do que andar sem trabalhar ou mesmo descansar sem preocupações com o trabalho. O estômago, por exemplo, a depender da rapidez com que se enche ou do volume de bolo alimentar insuficientemente mastigado, sofre uma distensão variável de sua musculatura lisa que pode ser incompatível com seu tônus, levando a distúrbios digestivos em diferentes níveis e de intensidade e características diversas, porque essa musculatura envolve todo o trato digestivo e sua contração e relaxamento podem ser exacerbados, causando, eventualmente, sintomas leves, como espasmos dolorosos ou atonias e doenças gastro-intestinais bem caracterizadas, se são constantes e envolvem tensão psíquica e emocional, habitualmente presente em trabalhos como o dos bancários.

Com a função circulatória sucede coisa parecida. Uma analogia mecânica, muito comum descreve o aparelho cárdio-circulatório como constituído por uma bomba propulsora - receptora (o coração) e uma rede de dutos de fluxo (as artérias) e refluxo (as veias), responsável pelo transporte do sangue, regido por leis físico-químicas e biológicas. Sabem os clínicos, e mais que eles os fisiologistas e neurofisiologistas, que essa é uma analogia muito pobre que nada diz sobre as outras funções e relações fisiológicas e com a vida social desse aparelho, mediadas não apenas por percepções sensoriais e receptores de diferentes níveis, mas também pelo psiquismo. Isto é, conquanto uma das funções biofísicas do aparelho cárdio-circulatório seja carregar o sangue, que contém elementos de nutrição e oxigênio necessários ao metabolismo celular, e trazê-lo de volta com os subprodutos desse metabolismo, esse ato de transportar não se realiza sem a interação de outros órgãos e funções, vale dizer, do corpo bio-psíquico como um todo que é parte de um espaço e tempo sociais. Seu funcionamento e estado, embora dependendo de condições morfo-fisiológicas e dinâmicas próprias e internas de todo o corpo, são determinados externamente pelo que o corpo faz socialmente. Daí, em parte, sua mutabilidade no tempo. As alterações do ritmo cardíaco, a vaso-constrição ou vaso-dilatação, as mudanças das pressões sistó-diastólicas são algumas manifestações comuns dos passos ou descompassos circulatórios com os passos e descompassos da vida. Não por acaso, as doenças hipertensivas, hipotensivas e coronarianas têm, sabidamente, relação com a tensão psíquica e emocional ocasionadas, também, direta ou indiretamente pelo trabalho e pela vida afetiva e social. E novamente têm sido estudos epidemiológicos de morbidade e mortalidade das doenças cárdio- circulatórias em populações e categorias de trabalhadores que têm tornado evidentes essas relações sociais de determinação (Ribeiro & col., 1981; Berlinguer, 1988; Cordeiro & col.,1993; Lolio & col., 1993).

Ramazzini cita a existência de uma tensão mental no trabalho dos escriturários. As exigências psíquicas do trabalho atuariam na mediação de doenças em outros sistemas e aparelhos e causaria sofrimento mental. Muita coisa mudou para pior nos processos e relações sociais do trabalho moderno, talvez implicando maiores exigências para o aparelho psíquico do que as observadas por esse autor. As descrições de neuroses ditas ocupacionais em algumas categorias de trabalhadores (Aubert, 1994: 163-193;) e de uma psico-neurose traumática em soldados, motoristas e operadores de metrô (Jardim, 1994) ou de uma possível paranoia em processadores de dados(Codo e col.,1995. p. 294-315) não parecem, contudo, abalar a tese, ainda predominante, que neuroses e psicoses, afora situações limites, não são determinadas pelo trabalho que, não obstante, poderia precipitá-las, como sugerem alguns estudos sobre trabalho e adoecimento bancário no Brasil.

A aceleração da automação e as mudanças da organização do trabalho nas instituições financeiras brasileiras suscitaram nos dois últimos decênios, umas quatro dezenas de estudos sobre as relações entre trabalho, sofrimento e adoecimento bancários. Não é uma série muito extensa, mas significativa, se comparada às de outras categorias, particularmente aquelas do setor terciário da economia, onde a automação também vem ocorrendo e onde as preocupações com essas interrelações parecem não ter se corporificado, nem mesmo dentro da classe trabalhadora.

A preocupação com estudos dessa natureza, sempre patrocinadas, estimuladas ou apoiadas por entidades representativas desses trabalhadores, se deve, entre outros motivos, ao fato de envolver uma categoria originária de estratos sociais mais diferenciados, com escolaridade elevada e uma história de organização, tradição de luta e poder de representação e barganha acima da média, que a fizeram, nesses 60 últimos anos, uma das categorias mais organizadas e combativas do país.

Em contraposição, nesse mesmo espaço de tempo, as instituições financeiras lograram construir e cultivam uma imagem pública de empresas saudáveis até sob o ponto de vista da saúde dos seus empregados, sempre de boa aparência e atenciosos.

Essa disparidade de preocupações e condutas frente ao mesmo objeto, embora visto de ângulos diferentes, ao par de representar uma feição particular da contradição entre o capital e o trabalho, é em si mesmo reveladora da deterioração da saúde desses trabalhadores, impossível de ficar submersa. Saiu do controle das empresas e está gerando mal-estar, doenças e demandas coletivas. E estudos sobre a saúde dos bancários no país são uma das expressões dessa contradição e dessa deterioração.

Uma breve revisão desses estudos foi recentemente feita e comentada por Ferreira (1992). Com base nessa relação, construiu-se uma outra, mais atual e que será comentada de outro ângulo.

Relação de Textos selecionados sobre trabalho e sofrimento bancário no Brasil por ordem cronológica. Período: 1978/1996

- 1978- G. Romanelli, G.: O Provisório Definitivo. Dissertação de mestrado. FFLC/USP
- 1979- Zamberlan, F.L. e Salerno, M.S.: O trabalho nos bancos. Monografia. EP./USP
- 1980- Dieese: Profissão : bancário: monografia.
- 1984- Cardoso, A.J., Tavares, J.A.D., .Castro, C.A.J.: Tenossinovite: uma doença dos digitadores. Monografia. Sindicato dos Trabalhadores em Processamento de Dados.
- 1985- Silva, E.S., Sato, L., Delia, A.A.: Trabalho e saúde mental dos bancários. Monografia. Diesat/ Sindicato dos Bancários de Campinas e Região/Federação dos Bancários de São Paulo e Mato Grosso do Sul.
- 1985- Souza, M. S.M.: Automação modifica trabalho bancário. Monografia. DIESAT
- 1986- Rocha, L. E.: Lesões por Esforços Repetitivos em 166 digitadores de um C.P.D *in*: Rev. Bras. Ortopedia,21: 115-119
- 1986- Ribeiro, A.C.M.: Lesões por esforços repetitivos. Monografia. Sindicato dos Trabalhadores em Processamento de Dados.
- 1986- Carvalho, C.E.S., Mendonça, P.E. e Silva, S.: Tenossinovite ocupacional: um novo conceito em processamento de dados *in*: Rev. Seg. Prev., 18: 8-10,ago.
- 1986- Grun, R.: Taylorismo e fordismo no trabalho bancário: agentes e cenários. Rev.Bras.Ciencias Sociais, 2(1),13-17.
- 1986- Oliveira, M.T. Aspectos da informatização da sociedade brasileira.Trbalho, saúde e controle social. O caso bancário.Rio de janeiro,[Tese de doutorado, ENSP]
- 1988- Segnini, L.: A liturgia do poder: trabalho e disciplina. Ed.EDUC.
- 1988- Silva, J.L.R.: Lesões por esforços repetitivos. Monografia. Serpro.
- 1989- Blass, L.M.S.: Trabalho Bancário: o (re)fazer de todo instante. Monografia.Sindicato dos Bancários de São Paulo
- 1989- Ferreira, M.C.: Trabalho do caixa bancário: ritual de tensão, ansiedade e monotonia. Monografia. FUC/MT
- 1989- Rocha, L.E.: Tenossinovite como doença do trabalho no Brasil: a atuação dos trabalhadores. Dissertação de mestrado. F.M./USP.
- 1990- Pedroso, E.M.K. e Bastani, R.F.: Retrato da mulher bancária. Trabalho , saúde e cidadania. Ed.Federação dos Bancários do Rio Grande do Sul.
- 1990- Campana, L.C.: Prevalência de patologias da coluna vertebral entre bancários pelo exame clínico. Monografia. Ribeirão Preto, São Paulo
- 1990-Ribeiro,H.P.: Plano de saúde coletiva para funcionários e dependentes da Cabesp. Relatório final, CABESP/BANESPA.
- 1991- Silva, R.A.: Computadores, digitação e caixas: a automação bancária em questão. Livro.Ed. Iglu/Ildes/Labor.
- 1991- Chaurel, M.A.: Avaliação de distúrbios psicológicos: pesquisa com questionários breves de saúde mental. Capítulo *in* : Programa de Saúde dos Trabalhadores. A experiência da Zona Norte. Ed. Hucitec, p.201-214.
- 1992- Conceição, M.C.C.(coord.) & col. : Estudos de mortalidade de funcionários do Banco do Brasil. Relatório final. Relatório. CASSI /Previ/Fundação do Banco do Brasil
- 1992- Silva Fo.,J.F.(coord.) & col.: Organização do trabalho e saúde mental. Relatório. UFRJ/Fundação Banco do Brasil
- 1993- Ribeiro, H.P.: De que adoecem os bancários. Monografia. AFUBESP/Sindicato dos Bancários de Campinas.
- 1993- Ribeiro, H.P.: Lesões por esforços repetitivos. Entrevista *in* SOS/ABPA, Ano XXVIII,Nov./Dez.
- 1993- Ribeiro, H.P.: Conversando sobre LER. Ed. AfUBESP/Sindicato dos Bancários de Campinas e Região.
- 1993- Assunção, A.A.: A saúde bancária na era moderna. Capítulo *in* : A Saúde no Trabalho Bancário. Ed. INST/CNB/CUT, p.27-38
- 1993- Brandimiller, A.P.: Movimento repetitivo: a ponta do iceberg.Capítulo *in* : A Saúde no trabalho bancário, Ed. INST/CNB/CUT,p.69-82.

- 1993- Souza, P.J.C.: A organização por local de trabalho e a luta pela saúde. Capítulo *in*: A Saúde no Trabalho Bancário. Ed. INST/CNB/CUT, p.97-108
- 1993- Ferreira, M.C.: A síndrome da condição bancária. Capítulo *in*: A Saúde no Trabalho Bancário, Ed. INST/CNB/CUT, p.39-68.
- 1993- Silva Fo., J.F.: Subjetividade, sofrimento psíquico e trabalho bancário. Capítulo *in*: A Saúde no Trabalho Bancário. Ed. INST/CNB/CUT, p.83-98.
- 1993- Congresso Cnb/Cut: Cidadania, trabalho bancário e saúde coletiva. Resoluções. Capítulo *in*: A Saúde no Trabalho Bancário. Ed. INST/CNB/CUT, p.109-118.
- 1993- Seminário dos bancários,1992: Saúde, vida e trabalho. Os desafios para os bancários a partir de 1993 *in*: A Saúde no Trabalho Bancário. Ed. INST/CNB/CUT, p.119-120.
- 1994- Ribeiro, H.P.: Recuperação, reabilitação e realocação profissional no setor bancário. Monografia, AFUBESP/Sindicato dos bancários de Campinas e Região.
- 1994- Ribeiro, H.P.: Alguns aspectos estruturais e conjunturais da sociedade brasileira e a saúde dos bancários. Monografia, AFUBESP.
- 1994- Ribeiro, H.P.: Legislação, instrumentos, meios e definições de responsabilidades na prevenção das doenças do trabalho na categoria bancária. Monografia, AFUBESP.
- 1995- Ribeiro, H.P.: Estado atual das lesões por esforços repetitivos no Banco do estado de São Paulo/BANESPA *in* Cadernos de Saúde AFUBESP / Sindicato dos Bancários de Campinas e Região. Vol.1 (1), jun., 1995, p.1-45.
- 1995- Codo, W. e col. : Paranoia e Trabalho. Os trabalhadores em um centro de processamento de dados. Capítulo *in*: Sofrimento Psíquico nas Organizações. Saúde Mental e Trabalho. Ed. Vozes, p. 294-315
- 1995- Codo, W. e col.: A síndrome do trabalho vazio em bancários. Capítulo *in*: Sofrimento Psíquico nas Organizações. Saúde Mental e Trabalho, Ed. Vozes, p. 316-330.
- 1996- Rocha, L.E.; Estresse profissional em profissionais de processamento de dados: condições de trabalho e repercussões na vida e saúde dos analistas de sistema. Tese de doutorado/FM/USP.

Dos 40 textos , quatro (10%) foram redigidos antes de 1985, doze (30%) entre 1985 e 1990 e vinte e quatro (60%) depois desse ano, revelando uma preocupação nitidamente crescente com o tema.

Vinte desses textos foram apresentados sob a forma de monografias, dos quais seis como dissertações de mestrado ou doutorado. Outros quinze vieram à luz como artigos de análise, sendo cinco em revistas especializadas e dez como capítulos de livros, um desses livros trazendo sete desses artigos. Quatro autores diferentes publicaram livros sobre o tema saúde e trabalho bancário.

Esses trabalhos têm origem, quase todos na universidade, em articulação frequente com entidades representativas dos trabalhadores. Alguns foram financiados por essas entidades ou por elas publicados.

Dez textos discutem as características e modificações mais contemporâneas do trabalho bancário em si, sua organização, conteúdo, penosidade e possível patogenia, sem se referir a nenhuma patologia médica específica. São descrições de situações.

Dos vinte e nove que se referem a patologias médicas e necessidades por elas criadas, treze são sobre lesões por esforços repetitivos (LER), oito sobre saúde mental, um sobre mortalidade e um sobre doenças da coluna. Outros seis abordam a saúde e suas relações com o trabalho mais genericamente.

Em sua quase totalidade são estudos descritivos, alguns centrados em entrevistas, outros com um modelo metodológico misto, valendo-se simultaneamente de questionários e entrevistas.

Dos textos sobre LER, sete se referem a essas lesões em trabalhadores de centros de processamento de dados, onde eclodiram. Os outros seis textos são sobre LER entre bancários, cinco deles de um único autor.

Em linhas gerais, os textos são descrições, sínteses e estudos de caso, às vezes, com dados quantitativos, outros contendo análises de entrevistas, alguns assemelhando-se ao modelo *história de vida*. Três deles são estudos de caso com amostras não probabilísticas.

Nos oito estudos sobre sofrimento mental foram utilizados questionários, entrevistas, dados indiretos ou descrições de caso. Chaurel utilizou o “Crown Crisp Experimental Index”, um *screening* para investigação sobre a presença de traços psiconeuróticos e também o SRQ-20 de Harding & col. para detecção de distúrbios psíquicos leves em população, aplicando-os em 90 bancários. Codo e col. utilizaram, além de outros instrumentos, o Inventário Multifásico de Personalidade Minnesota (MMPI) para detecção de casos de psicopatologia em uma amostra não probabilística de 378 bancários, correspondente a 64,9 % do total de trabalhadores do Centro de Processamento de Dados de um banco estatal. Silva Fo. e col. utilizaram também o SRQ-20 de T.W.Harding & col, aplicando-o em uma população de 1.200 bancários ativos e supostamente sadios e utilizou dados indiretos de morbidade extraídos dos arquivos do serviço médico de um banco estatal com base em diagnósticos para a concessão de licença médica e entrevistas. O SRQ-20 de T.Harding & col. também foi utilizado por Ribeiro (1995) para avaliar o possível sofrimento mental em sua amostra de 525 adoecidos com LER. Silva, Sato & Delia e Sato & col. utilizaram entrevistas, recurso do qual se valeu, também, Silva Fo. e col.

Da série, um estudo solitário aborda a mortalidade em um período corrido de 13 anos em um banco estatal.

Percebe-se a inexistência de estudos longitudinais, tipo *coorte* ou *caso controle* e de estudos transversais com amostras probabilísticas dos quais se pudessem inferir prevalência e incidências nas eventuais populações estudadas e comparar, como fizeram Kuorinka, Forcier e col. (1995), com outros realizados no exterior. Presume-se que as opções metodológicas dos trabalhos nacionais foram, ao menos em parte, conjunturais, diante da quase impossibilidade de se fazer estudos com métodos quantitativos rigorosamente controlados, face à extrema dificuldade de acesso à classe trabalhadora nos locais de trabalho, além, obviamente, dos custos elevados para produzir dados de primeira mão.

A consciência dessa realidade e caminhos metodológicos diferentes, todavia, não comprometem, obrigatoriamente, a qualidade de uma pesquisa e, certamente, em muitos desses estudos, a opção não quantitativa foi a primeira e mais correta porque condizia, ao mesmo tempo, com o perfil e conhecimento do pesquisador e com a natureza do seu projeto. De qualquer sorte, o conjunto desses textos e seus resultados apontam, em seus traços mais gerais, para uma evidente patogenia do trabalho bancário.

Por melhor corresponder aos propósitos desse texto, apenas dois desses trabalhos serão comentados mais longamente, coincidentemente realizados em um mesmo banco estatal e patrocinado por sua fundação e sua caixa de assistência, com o apoio da representação dos trabalhadores.

No estudo de mortalidade de trabalhadores do Banco do Brasil (Conceição e col., 1992) foram analisados as causas das 5.955 mortes ocorridas entre 1977 a 1990 entre bancários ativos e aposentados dos dois gêneros, em uma população de trabalhadores, que no período variou de 78.058 a 160.056 pessoas ano, com idades de 15 a 75 anos ou mais.

A população de trabalhadores do sexo masculino no período correspondeu a 80 a 75% do total de pessoas anos e nela ocorreram 5.587 mortes, das quais 3.871 (69,3%) entre os aposentados e 1.716(31,7%) entre os ativos.

Das 3.871 mortes entre os aposentados, 1.346 (34,8%) aconteceram após 70 anos; 1.283 (33,1%) entre 60 e 69 anos; 985 (25,5%) entre 50 a 59 anos e 252 (6,5%) entre 30 a 49 anos de idade.

Em todas essas faixas etárias prevaleceram como causas de morte as doenças cardíaco-circulatórias (DCC), com uma média de 44% e variações pequenas para 40% na faixa mais jovem e 49% na mais idosa. A segunda causa de morte mais freqüente entre os aposentados foram as neoplasias, com média de 21% e variações entre 15% na faixa entre 30 a 39 anos e 22% nas faixas acima. A terceira causa de morte foram as doenças do aparelho respiratório com uma média de 7,8%, com um percentual maior, de 11,0% acima de 70 anos e progressivamente decrescente nas outras. As doenças do aparelho digestivo foram a quarta causa, com uma média de 6,6% e variações entre 3,7%, acima de 70 anos e progressivamente crescente nas faixas etárias mais baixas, com um máximo de 11,3% entre 40 a 49 anos. Por último, as mortes por causas externas ou violentas, com uma taxa média de 5,0%, sendo a menor de 2,5% na faixa acima de 70 anos, crescendo progressivamente até 12,5% entre 30 e 39 anos.

Nota-se que a distribuição das causas das mortes na população aposentada do Banco do Brasil tem variações médias crescentes com a idade nos casos das doenças cardíaco- circulatórias e respiratórias .Os números absolutos de mortes por essas causas

também são crescentes, podendo-se concluir haver uma associação estatística positiva entre essas causas e a idade, sem contudo se poder afirmar relação de dependência entre os dois grupos de doenças que causaram a morte e a idade. No caso das neoplasias, essa associação não é aparente, permanecendo as médias de óbitos mais ou menos estáveis, enquanto o número total de óbitos cresce até os 69 anos. Menos ainda se pode afirmar sobre a existência de associação entre mortes por doenças digestivas, violências e idade, apesar daquelas médias, uma vez que os números absolutos das mortes por essas causas crescem até picos situados, coincidentemente, na faixa dos 50 a 59 anos e caem a seguir.

Sem dúvida, as 1.242 (32,0%) mortes antes dos 60 anos foram prematuras e, provavelmente, as aposentadorias dos falecidos foram determinadas por doenças preexistentes.

Entre os bancários ativos, as causas das 1.717 mortes são bem outras. As mortes por violência (acidentes, homicídios, suicídios e envenenamentos) somam 809 (47,1%), seguidas pelas doenças cardíaco-circulatórias com 389 (22,6%), neoplasias com 206 (12,0%) e as doenças endócrinas com 64 (3,7%).

As médias por mortes violentas decrescem com as faixas etárias: 90,0% entre 15 a 19 anos; 81,8% entre 20 a 29 anos; 49,9% entre 30 a 39 anos; 29,1% entre 40 a 49 anos; 14,0% entre 50 a 59 anos; 4,3% entre 60 a 69 anos. Em termos absolutos, o pico do número de acidentes se situa na faixa de 20 a 29 anos. Há como se observa uma nítida associação negativa entre essas mortes e a idade.

No caso das doenças cardíaco-circulatórias houve um crescimento das médias com a idade: 5,0% entre 20 e 29 anos; 18,4% entre 30 e 39 anos; 34,3% entre 40 a 49 anos; 39,7% entre 50 a 59 anos; 43,5% entre 60 a 69 anos e 80% acima de 70 anos. Em termos absolutos, os números crescem até 40 a 49 anos e partir daí caem sensivelmente nas faixas seguintes.

As médias das mortes por neoplasias por faixas etárias entre os funcionários ativos do banco nas mesmas faixas de idade foram crescentes: 3,3%, 9,2%, 16,3%, 25,7%, 21,7% e 20,0%. Em termos absolutos, o número de casos cresceu até a faixa dos 40 a 49 anos.

Do total de 1.716 mortes na população ativa do banco, 1.688 (98,4%) são mortes antes de 60 anos, ou seja, mortes prematuras e 1.474 (85,9%) antes dos 50 anos, portanto, muito prematuras.

No gênero feminino, dos 368 óbitos, 277 (75,3%) ocorreram entre bancárias ativas e 91 (24,7%) entre aposentadas. Duas causas de morte se salientam nesse último grupo: as doenças cardíaco-circulatórias com 30 casos (33,0%) e as neoplasias com 22 (24,2%). Como os casos são em número muito baixos nas faixas etárias da população feminina aposentada deixaremos de comentá-los.

Em relação às mortes entre bancárias ativas, apesar do número ser pequeno em comparação ao dos bancários, em decorrência de população ser maior, chama atenção o fato de que 134 (48,4%) das mortes serem por violência, seguidas de longe pelas neoplasias com 53 (19,1%) e as doenças cardíaco- circulatórias com 35 (12,6%) mortes. Importante notar que todas as 277 mortes ocorreram antes dos 60 anos e 266 (96,0%) antes do 50 anos, ou seja, foram mortes muito prematuras.

Os autores desse trabalho calcularam a razão padronizada de mortalidade (Rpm), tomando por padrão as taxas de mortalidade do Estado de São Paulo e dos Estados Unidos, donde concluíram: Os trabalhadores do gênero masculino do Banco do Brasil morrem, em média, 26% mais de câncer do pulmão, 38% mais de câncer da próstata e 17% mais de diabetes que a população de São Paulo. Em comparação com os mesmos padrões americanos, eles morrem 36% mais de câncer de estômago, 46% mais de doenças cérebro - vasculares e 165% mais por violência. Quanto às trabalhadoras do banco, elas morrem 128% mais por acidentes de transporte em relação à população de S. Paulo e 156% mais que a população americana.

Até onde essa morbidade e essa mortalidade prematura têm a ver com o trabalho e com a forma de viver que o trabalho determina ?

Analisando as 2.109 mortes por doenças cardíaco-circulatórias entre os trabalhadores masculinos do Banco do Brasil, 960 (45,5%) foram por infarto agudo do miocárdio, 465 (22,0%) por doenças cérebro-vasculares, 284 (13,5%) por doenças da circulação pulmonar e 187 (8,9%) por outras doenças isquêmicas.

Das 1.027 mortes por neoplasias entre esses mesmos trabalhadores, 301 (29,3%) estavam localizados no aparelho respiratório, 281 (27,4%) no digestivo, 142 (13,9%) no genito-urinário. Os cânceres do tubo digestivo foram a segunda causa de morte por neoplasias

Entre as 337 mortes por outras doenças do aparelho digestivo entre os homens, 185 (54,9%) foram por cirrose e 22 (6,5%) por úlceras. Das 282 mortes por doenças endócrinas, 224 (79,4 %) foram por diabetes. A AIDS foi responsável por 45 mortes.

Do total de 1141 mortes violentas nos dois gêneros, 677 (59,3%) foram por veículos a motor, 131 (11,5%) por homicídio, 121 (10,6%) por suicídio e 120 (10,6%) por efeitos tardios

Até onde essas mortes, que expressam, em parte, a morbidade subjacente que muitas vezes e precocemente teve esse fim, tem a ver com o trabalho e com a forma de viver que o trabalho acaba determinando ? A pergunta é dos autores.

Em "Organização do Trabalho e Saúde Mental: Estudo das Relações entre Prevalência de Doenças Mentais e Organização do Trabalho Bancário no Município do Rio de Janeiro (Silva Filho & col.,1992, op.cit.), a população estudada é constituída de bancários dos dois gêneros, de diferentes níveis hierárquicos, em plena

atividade e pressupostamente sadios, de um mesmo banco, valendo-se os autores de entrevistas gravadas, de questionário padronizado e de dados secundários do arquivo médico.

Uma única entrevista foi individual, as demais foram em grupo, envolvendo 37 pessoas, sendo 27 do gênero feminino, que se reuniram entre duas a três vezes. Foram organizados seis grupos com uma média de seis pessoas por grupo. Cinco grupos eram homogêneos e um heterogêneo, composto por gerentes, caixas, trabalhadores de suporte, mulheres, e do CESEC. As entrevistas foram feitas com base em um conjunto de questões prévias, abertas para a livre manifestação dos entrevistados.

O questionário, que incluía o "self report questionnaire /SRQ-20", de W. Harding & col., foi aplicado a uma população de 1.200 bancários, estando 733 lotados nas agências e 467 no Centro de Serviços e Comunicações (CESEC).

No Centro Médico de Assistência e Previdência do Banco (CEASP) foram levantados os afastamentos temporários e permanentes por doenças, sua causalidade por grupos de doenças, os diagnósticos psiquiátricos e as formas de utilização dos serviços.

Com as entrevistas, os autores objetivaram conhecer as representações dos trabalhadores sobre saúde, saúde mental e trabalho e de sua situação de trabalho, as possíveis relações de determinação entre organização do trabalho e saúde mental e a cultura organizacional. O que transpareceu nas entrevistas, segundo eles, foi a falta de perspectiva com esse tipo de trabalho e o "*desgaste*", isto é, o sentimento de perdas e o sofrimento provocado pelas "*carga*" ou exigência do trabalho e elaboração de estratégias individuais para esquecer-las, compensá-las, nunca vencê-las, aparecendo como principal valor positivo, a camaradagem entre si.

Ao questionário padronizado aplicado aos trabalhadores das agências, a maioria (52%) revelou nervosismo, tensão ou preocupação, mas apenas 25% podem ser suspeitos de distúrbio mental, tomando-se como tal aqueles que tiveram oito ou mais perguntas positivas. As queixas de cansaço, tristeza, dores de cabeça, o assustar-se com facilidade, distúrbios do estômago e insatisfação com o trabalho foram muito frequentes. No CESEC os resultados quanto ao nervosismo, tensão e preocupação foram maiores (62%), mas foram muito próximos aos demais itens, com um nível de suspeição distúrbio mental de 24%.

Com base nos dados do Centro de Assistência médica aos funcionários do Banco (CEASP), os autores fizeram um *estudo sobre absenteísmo-doença* e sobre a participação dos transtornos mentais entre as causas de afastamento. Para isso tomaram dois períodos distintos: os registros de licenças médicas entre 1.3.90 a 28.9.90 e entre 30.1.92 a 1.12.92. Pelo fato desses últimos serem mais precisos,

conforme afirmam, e o período ser mais extenso, vamos apresentar apenas os desse último.

Os diagnósticos médicos determinantes do afastamento por grupos de causa foram: as doenças do aparelho respiratório com 27,4%; do aparelho locomotor com 13,6%; transtornos mentais com 11,0%; as doenças do aparelho digestivo com 7,4% e as lesões por violência com 7,3%.

Os afastamentos mais prolongados, em número de dias, tiveram as seguintes causas: doenças mentais, 29%; cárdio-circulatórias, 14%; do aparelho locomotor, 12% e violência, 8%.

Não seria de esperar, ainda que se tratasse de trabalhadores ativos do mesmo banco, que ocorresse uma superposição da distribuição das doenças que levaram ao afastamento do trabalho com aquela do estudo anterior que levaram à morte, embora, uma doença ou evento mórbido qualquer, habitualmente a anteceda. Sucede que a morte dos que adoecem é uma possibilidade pouco freqüente, muitas vezes acontecendo subitamente sem sintomas, sinais ou doenças anteriores, como nos casos das mortes violentas e, até certo ponto, por infarto agudo do miocárdio. Acrescente-se que muitos dos que adoecem sequer são afastados do trabalho. Ou seja, esses dados referem-se a uma fração menor de adoecidos que precisaram ser afastados, a acreditar-se que os afastamentos foram criteriosos. Não se poderia falar da gravidade deles, mas é razoável inferir que seriam mais graves dos que os consultados e não afastados. Não seria de esperar, por exemplo, que as doenças mentais e as do aparelho locomotor, das mais freqüentes, mesmo quando graves, tivessem expressão nas taxas de mortalidade; mas chama atenção que elas, ao lado das do aparelho digestivo, sejam três dos cinco grupos de doenças mais responsáveis por afastamentos do trabalho. A ausência das doenças gástricas nesse grupo, provavelmente, se deva ao seu curso extremamente insidioso e muitas vezes assintomático.

Percebe-se que tanto os números de mortes, como a distribuição das doenças por afastamentos do trabalho são indicadores limitados para aferir morbidade, tanto como são as internações hospitalares, mesmo quando se trabalha com categorias supostamente homogêneas de trabalhadores. Supostamente, porque numa mesma categoria, como a bancária, temos trabalhadores em diferentes níveis hierárquicos e, presumivelmente, com modos de adoecer e morrer diferentes.

De qualquer modo, os dois estudos comentados parecem fortalecer a descrição de Ramazzini sobre a patogenia de trabalhos desse tipo, fundamentada na observação empírica de que eles induzem, mais freqüentemente, a doenças cárdio-circulatórias, digestivas e do aparelho locomotor, mais especificamente, as LER, e que o sofrimento mental é uma presença recorrente.

Poder-se-á, sem dúvida, aclarar melhor a causalidade direta do trabalho no adoecimento bancário, conquanto pareça melhor, ao invés de priorizar a busca de nexos causais objetivos, vale dizer, *positivos*, entre condições, ambientes e posturas corporais de e no trabalho e doença, concentrar as investigações na patogenia da organização e conteúdo do trabalho bancário e em suas determinações externas, mesmo no caso das LER. A dificuldade maior, afora outras, é o obstáculo interposto pelas empresas para impedir o acesso aos dados disponíveis ou dificultar sua produção em primeira mão. Não é fácil contornar ou superar esse obstáculo, mas vale insistir, afim de que as investigações, quantitativas ou qualitativas, sejam cientificamente válidas e validadas.

No caso específico do sofrimento mental, Dejours (1992) propõe abandonar a busca de relação explícita entre trabalho e adoecimento mental, substituindo-a pela identificação das razões da preservação do equilíbrio psíquico e da normalidade aparente, afirmando:

"A loucura, quando surge, faz aparecer sintomas - delírio, depressão, fobias, inibição, excitação, etc - cuja forma se origina mais da organização da personalidade, da história e do passado de cada indivíduo, do que da situação de trabalho que serve como desencadeadora da doença. Aí reside também uma das razões do fracasso de uma investigação clínica mais centrada nas doenças que na análise dos mecanismos subjacentes a normalidade sofredora"

A partir do que assinala como uma reviravolta epistemológica, Dejours (1992,op.cit.: 153) afirma:

"...foi possível mostrar que as pressões do trabalho que põem particularmente em causa o equilíbrio psíquico e a saúde mental derivam da organização do trabalho..." Por organização do trabalho, é preciso entender, de uma parte a divisão de tarefas (chegando à definição do modo operativo) que atinge diretamente a questão do interesse e do tédio no trabalho; de outra, a divisão de homens (hierarquia, comando, submissão) que atinge diretamente as relações que os trabalhadores estabelecem entre si no próprio local de trabalho".

Marty (1993: 12-46) insiste que a dualidade doença mental e somática só se sustenta para efeito classificatório, lastreado na predominância alternativa de sintomas

e sinais do aparelho mental ou dos demais aparelhos e sintomas orgânicos, salientando que é impossível existir doenças somáticas sem a contingência psíquica e doenças mentais que não comprometam outros órgãos e funções.

Independentemente da discussão de uma medicina psicossomática com esse caráter, a unicidade psicobiológica é irrecusável, mesmo que não se queira aceitar a tese do desenvolvimento da doença somática como manifestação da impossibilidade do aparelho mental dar conta dos conflitos originados pela má formação da personalidade, como pretende os que assim propõem, todos integrantes de correntes psicanalíticas.

A questão é bastante pertinente mesmo quando se discute uma doença onde há o reconhecimento oficial de algumas condições ou causas imediatas, como no caso das LER..

Não se trata, porém de admitir tão somente uma mediação neuro-psíquica de natureza farmacológica, através da produção aumentada ou diminuída de substâncias indutoras de respostas nervosas e vasculares periféricas, como as endomorfinae que, por exemplo, modificam o limiar da dor e retardam ou precipitam manifestações somáticas das LER. Essa é uma mediação ainda no campo biológico, razoavelmente tranqüila e que, necessariamente, não contraria a tese de que as LER. são, apenas, lesões localizadas e puramente biológicas.

Sustenta-se tese diferente, de que as LER, conquanto tenham uma expressão localizada e biológica, são um adoecimento geral, do corpo inteiro, bio-psico-social. A localização decorre da existência de condições várias, onde estão incluídos, obrigatoriamente, uma dimensão causal, objetiva e imediata, relacionada ao processo e organização do trabalho e uma dimensão individual, que diz do modo próprio *“de cada um andar com a vida”*, de elaborar as agressões físicas e psíquicas oriundas da realidade objetiva, construída não apenas por relações sociais intrínsecas ao trabalho, mas também extrínsecas a ele, ainda que por ele mediada. Ou seja, há essa terceira dimensão que não se expressa através de uma causalidade direta, mas mediada pelas duas anteriores.

Não se está propondo dar às várias condições biológicas, psíquicas e sociais, qualquer hierarquia de valor, nem se entendendo as LER. como mais uma doença *“psicossomática”*, isto é, simples somatização de perturbações psíquicas preexistentes, o que minimizaria a importância do trabalho, enquanto dimensão social e objetiva, sem o qual a doença não existiria.

O que permanece como uma interrogação, igualmente presente em qualquer doença de populações, é porque uns adoecem e outros não, embora sujeitos ao mesmo trabalho. E nesse particular concorda-se sobre a necessidade de estudar, também, as

populações do trabalhadores não adoecidas de LER e aparentemente sujeitas de modo igual.

.Dejours, ao formular essa preocupação e propor o estudo de populações não adoecidas, parte de pressupostos teóricos e instrumentos metodológicos declaradamente psicanalistas, não necessariamente aceitos por todos, em que pese a incorporação, ao cotidiano das pessoas, de uma série de conceitos que permitem alguma aproximação do mundo subjetivo. Afirma que a transposição do círculo familiar para o espaço do trabalho, socialmente mais alargado, implica na necessidade de uma correspondência que impeça rupturas significativas e permita a cada indivíduo perseguir seu questionamento interior e traçar uma história, engajando-se pelo trabalho em relações sociais mais espaçosas para onde transfere " *as questões herdadas do seu passado e de sua história afetiva*", correspondência que ele chama de "ressonância simbólica". Para a construção dessa ressonância simbólica e afetiva são necessárias, diz ele, a escolha de uma profissão, a possibilidade de concepção do que se faz e o julgamento dos outros, posto que o reconhecimento social é a retribuição fundamental para a sublimação. No entanto, admite, o entrave ao jogo da sublimação pode não resultar da incapacidade psíquica do sujeito, mas das condições do trabalho nas organizações. Na impossibilidade de elaborar dentro das organizações essas condições favoráveis, diz ainda, o indivíduo não se beneficia do trabalho para dominar seu sofrimento e transformá-lo em criatividade. A única saída possível é a doença. "Nesse caso falaremos de sofrimento patológico", afirma. A possibilidade de ruptura desse círculo vicioso, seria garantir aquela ressonância, articulando-a com a transformação das organizações em "espaços públicos" (Dejours, 1992, op.cit.: 150-173 ; Dejours, Abdoucheli e Jayet, 1994.).

Sem descartar a necessidade de conformar os *espaços públicos* dentro das organizações, certamente essencial à elaboração de formas de resistência ou de insubmissão não defensivas, a concretização do que o autor chama de ressonância simbólica, como admite, é contida pelas próprias organizações. Desgraçadamente, essa restrição não é inocente, mas uma estratégia em si, posto que, historicamente, a produtividade na sociedade industrial está associada historicamente à coerção:

"Toda ação é economicamente racional na medida em que visa a maximização da produtividade e que é só possível sob duas condições:

1a. - que a produtividade esteja desvinculada do trabalhador em si e se expresse como quantidade calculável e mensurável; 2a. - que a meta econômica da maximização de produtividade não esteja subordinada a qualquer objetivo não econômico, de caráter social, cultural ou religioso, podendo portanto ser buscado impiedosamente...

Só a concorrência ilimitada em mercados livres possibilita essa impiedade e até mesmo induz a ela. Só a "economia de livre mercado" permite a racionalidade econômica tornar-se independente das exigências da sociedade".
(Gorz, 1992: 236).

É também do mesmo texto e autor :

"Há 70 anos, era válido para a maioria da classe trabalhadora, o conceito que aparece em Hegel, posteriormente retomado por Marx, de que o trabalho modela materialmente o universo experimentado pelos sentidos e de que, por meio do trabalho, o homem produz a si mesmo. Tal atividade aplicava-se às atividades informais, onde era decisiva a importância de "know-how", da força física e da capacidade de planejar e organizar uma série de tarefas. Hoje, a maioria dos assalariados exerce tarefas administrativas, trabalha em bancos, ou em lojas, ou em serviços de transportes, de correios, de assistência ou educação, o que torna praticamente impossível avaliar os desempenhos individuais. E assim, o trabalho perdeu sua materialidade".

E adiante, citando Kern diz que as reflexões críticas dos trabalhadores modernos seriam desencadeados pelo fato de *"eles se defrontarem com a imperfeição da versão capitalista de vida moderna dentro de suas atividades profissionais, mas principalmente fora delas"*.

Gorz estima que apenas 5% da população trabalhadora das várias categorias, , prevalentemente a dos intelectuais, poderiam estar satisfeitos com o trabalho que fazem, e seria capaz de escolher uma profissão, conhecer o que faz e obter o reconhecimento social ou do outro, elementos , em tese, indispensáveis à sublimação a que se refere Dejours.

Se inexistisse, de fato, para a quase totalidade dos trabalhadores, a possibilidade de encontrar prazer no trabalho, só restariam duas saídas possíveis: a doença, expressão de uma patogenia essencial do trabalho moderno ou a formulação de modos de insubmissão eficazes, isto é, coletivos e socialmente válidos para enfrentá-la.

LER: uma doença emblemática

Introduzindo a questão

As atuais perturbações e lesões ósteo-mioarticulares dos membros superiores do aparelho locomotor atribuídas aos esforços repetitivos do trabalho (LER) são um modo de adoecimento emblemático, revelador das contradições e da patogenia social e do trabalho desse novo ciclo do desenvolvimento e crise do modo de produção capitalista, que Offe (1990) chama de *capitalismo desorganizado*, Harvey (1994) de *acumulação flexível* e vários, de *terceira revolução tecnológica* (Coutinho, 1992; Cardoso de Mello, 1992).

São características principais desse ciclo: a concentração e acumulação maior do capital financeiro, via transferências de dinheiro volátil, através de operações no mercado internacional de capitais; a formação de grandes oligopólios, cujos interesses transitam e se impõem, sem fronteiras, com a eliminação das barreiras fiscais e protecionistas dos países menos industrializados, transformados em mercados abertos; a automação acelerada e a adoção de novas formas de racionalização da produção e organização do trabalho objetivando o fechamento dos "poros" dos tempos de produção e trabalho e aumentando a exploração intensiva da força de trabalho; flexibilização e descentralização da produção e deslocamento da força de trabalho para áreas cinzentas do mercado, não regulamentadas e não fiscalizadas, eufemicamente chamadas de *mercado informal*; desemprego, subemprego e trabalhos sazonais; privatização dos bens públicos, mesmo daqueles admitidos antes como , puros ou perfeitos, como saúde, educação, segurança, seguridade, ou imperfeitos, como energia elétrica, água, esgoto, transportes, meio ambiente, etc e sua transformação em produtos de mercado; redução do tamanho e do poder do Estado e maximização do discurso e práticas sobre a estabilidade da moeda, do equilíbrio das contas e do pagamento das dívidas do Estado; contenção das políticas de redistribuição de renda e dos investimentos sociais e públicos; esvaziamento das políticas e representações públicas e estabilização do formalismo democrático; culto exacerbado do individualismo e do hedonismo dos que podem consumir; forte estímulo para adoção de novos padrões de bens de consumo materiais , artístico-culturais e estéticos, rapidamente deterioráveis; incentivo indireto às práticas anti-sociais e atividades econômicas subterrâneas e delinquentes; violência urbana; comportamentos e valores sociais conservadores; perda de perspectivas de vida para os segmentos jovens da população, angústia e medo dos segmentos de meia idade e

desesperança dos idosos; aumento das mortes por acidentes de veículos, por homicídios e suicídios; aumento das mortes súbitas por doenças cardíaco-circulatórias, elevação da morbidade por doenças mentais, digestivas, neoplásicas e ósteo-mio-articulares, direta ou indiretamente relacionadas com o trabalho.

Não é aqui o momento e o lugar para discutir a primazia da ciência e da tecnologia no desenvolvimento da sociedade, embora ordená-las assim, possa induzir a que se lhes debitem os efeitos perversos decorrentes de sua apropriação privada e de sua incorporação e uso abusivos, como são exemplos recentes no campo do trabalho, o desemprego, subemprego, a informalidade crescente das relações de trabalho, o desassossego previdenciário e, no campo da saúde, o sofrimento mental e o crescimento das doenças do trabalho, como as LER. e as doenças ditas *psicossomáticas* e *crônico-degenerativas*. Enfim, não creditemos ou debitemos ao conhecimento e às máquinas velhas ou novas, os problemas políticos, sociais e de saúde.

Um dos mitos que as LER estão ajudando a derrubar com seu explosivo crescimento é de que as novas tecnologias eliminariam o trabalho manual, posto que se está adoecendo, justamente das mãos, por excesso de trabalho. Com a automação crescente estaríamos prestes a viver em um mundo em que a produção, transporte e distribuição seriam inteiramente automatizados e os computadores "*inteligentes*" determinariam o fim - por que não ? - até do trabalho intelectual ou de concepção.(Antunes, 1995; Offe, 1994; Gorz, 1992).

De fato, nesses últimos dois séculos, embora a massa de horas/trabalho vivo despendida na produção tenha crescido várias vezes, a produtividade em cada uma dessas horas cresceu a um volume e velocidade muito maiores. Ou seja, se produz hoje várias centenas de vezes mais com um dispêndio relativamente menor de energia e trabalho humanos (Landes, 1994.) Essa maior produtividade tem dois componentes principais: as mudanças do próprio trabalho e a incorporação de inovações tecnológicas em termos de materiais, instrumentos e processos.

Os elementos causais mais perceptíveis ou emergentes desse processo é o segundo componente, isto é, as mudanças tecnológicas que parecem, às vezes, ocorrer em saltos para o alto, como se elas fossem autônomas e configurassem por si mesmo sucessivas "*revoluções*". Já vimos anteriormente que as coisas não se passam assim e que essa é uma representação da realidade, um modo de interpretar a história do desenvolvimento das sociedades e do conhecimento, desumanizando-os e mitificando a tecnologia. Mas as técnicas, vale dizer, as práticas do trabalho, o homem as tem aperfeiçoado e introduzido, ao menos até o advento do capitalismo industrial, para poupar-se e dar à sua ação sobre a natureza, maior eficácia. Isso significa que o

aumento da produtividade é inerente ao desenvolvimento humano e da sociedade. O que não é, é sua expropriação.

Com a revolução industrial e burguesa houve a aceleração do processo de liberação das forças produtivas, acompanhada simultaneamente de uma apropriação maior do trabalho por parte do capital. As tecnologias industriais, tal como as técnicas, deveriam poupar trabalho se, utopicamente, pertencessem aos que o realizam por necessidade, isto é para produzir bens de uso, mas que apropriadas pelo capital são transformados em bens de troca, ou seja, em mercadorias. Com a automação crescente, cresceu tanto a expropriação do trabalho como das tecnologias.

Apesar dessa maior quantidade de massa de trabalho extensivo, medido em termos de horas/trabalho e da maior intensidade do trabalho, o aumento extraordinário da produtividade nesses dois séculos se deveu, sem dúvida, ao crescimento ainda maior do "*trabalho morto*" executado pelas máquinas, acompanhado sempre de novas técnicas organizativas e administrativas de exploração do "*trabalho vivo*", dentro da lógica inexorável e incessante necessidade do capital de se multiplicar (Marx, 1975).

Não é de estranhar, portanto, que apesar do aumento fantástico da produtividade em todos os setores da economia, a jornada formal de trabalho que nos países industrializados no início do século passara a ser de 8 hs., 80 anos depois, salvo exceções, continue a mesma, sem contar as habituais "*horas extras*" impostas, mesmo no mais industrializado e liberal desses países, os EUA (Navarro, 1995: 91-124).

Determinação versus causalidade

Entre as significativas mudanças ocorridas com o trabalho vivo no atual ciclo de desenvolvimento e crise do modo de produção das sociedades capitalistas está a redução do uso da força, cujo dispêndio energético, medido em calorias e fundamentado na fisiologia alemã do fim do século XIX, servia para estabelecer a remuneração do trabalho, inclusive no Brasil (Ribeiro, 1968; Ribeiro e Lacaz, 1985).

Mudaram de natureza as exigências do trabalho com as novas máquinas automatizadas, entre elas os "robot" e computadores, e com a nova organização do trabalho. Tais exigências não têm mais o caráter antigo de deslocamento de carga ou peso dos ciclos anteriores da produção capitalista que exigia força bruta. 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 dos escritórios. 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 colocam em posturas mais ou menos rígidas para que elas executem as tarefas prescritas.

A baixa quantidade da força muscular exigida e a repetição dos movimentos são, entre outros, os elementos responsáveis pela intensidade e aceleração do ritmo do processo de produção e pelo aumento da produtividade. Ao lado da sobrecarga músculo-tendinosa estática, esses são os elementos físicos habitualmente presentes e mais responsabilizados por lesões de órgãos e tecidos do aparelho locomotor.

Nesse ciclo *pós-moderno* do capitalismo (Harvey, 1994, op. cit.), a presença desses componentes que integram a materialidade do processo do trabalho e de outros menos perceptíveis que compõem sua organização e a concomitante e crescente ocorrência das LER. em todo o mundo, as fizeram reconhecidas como doenças ou modos de adoecimento inequivocamente relacionados com o trabalho. Tratava-se de uma evidência empírica e, em seguida estatística provada por uma associação positiva e significativa. Haveria uma relação de causa e efeito, tipo "*dose/resposta*", cujos modelos explicativos, respeitadas as diferentes nuances, tomam como referência, com o fazem Kuorinka, Forcier e col. (1995:), o clássico modelo de Leavell e Clark (1976: 37-98).

Admitindo explicitamente essa matriz, Kuorinka, Forcier e col. explicam que seu modelo repousa,

"sobre dois aspectos essenciais : que todos os elementos estejam ligados entre si, ensejando reações em cadeia; de modo tal que qualquer modificação de um elemento cria um novo estado que serve de base a um novo ciclo; além disso, os fatores de ordem organizacional e psicossocial são também considerados, ou tendo influência sobre os outros, por exemplo, sobre a organização do trabalho e a carga mecânica, ou tendo influências mais particulares, por exemplo, sobre o plano do mecanismo do estresse".

O modelo, continuam, foi construído a partir de três grupos de elementos: os designados fisiopatológicos ou individuais, correspondendo ao "*hospedeiro*" de Leavell e Clark; os fatores gerais de risco, concernentes ao "*agente*", no caso o trabalho em si; e as características do meio do trabalho ou "*ambientais*". Não obstante considerarem os *fatores externos* importantes, os autores admitem não os ter levado em conta.

O modelo explicativo de Kuorinka, Forcier e col., apesar da interação dos fatores que propuseram, é um modelo conceptual de causação linear e positivista, onde a doença é uma entre as possíveis e várias resultantes. É centrado na internalidade do trabalho e nas reações biológicas do trabalhador, como se produção, trabalho e trabalhador pudessem ser despojados de sua condição histórica e social e suas interrelações fossem atemporais (Fachini, 1993, p. 178-86).

A teoria da multicausalidade tem sido de extrema valia para a consolidação da medicina contemporânea, alicerçada sobre os primados do positivismo. É útil aos médicos quando buscam, em cada indivíduo, o diagnóstico dos seus males, relacionando-os com causas aparentes e próximas. Serve, também, à pessoa doente, quando na sua singularidade, procura recuperar a saúde perdida e assegurar prerrogativas trabalhistas, previdenciárias e de cidadão adoecido do trabalho, com base no direito moderno, igualmente positivo, que exige a comprovação da causalidade ou concausalidade do trabalho na doença. Pode embasar, também, algumas intervenções técnicas sobre as condições, ambientes e até sobre a organização e relações do trabalho, com alguma eficácia, embora sempre pontual. Enfim, a teoria da multicausalidade tem certa eficiência e praticabilidade e é sobre ela que se assenta o reconhecimento das L.E.R. como doença do trabalho.

A insuficiência da teoria da multicausalidade para explicar esta ou qualquer outra doença, não está no que ela permite identificar dentro da lógica formal, mas no que acaba ocultando e embaraçando.

O homem, em sua evolução, aprendeu a fazer outros usos de sua mão, além daquele tão restrito de apreender os objetos. A sensibilidade, o contato, a percepção das formas e a projeção da mão como instrumento de conhecimento e transformação do mundo, têm sido um longo aprendizado que teve correspondência com o córtex cerebral. Em o transformando, transformou-se. Nesse percurso, ela deixou de ser meramente um órgão motor para se fazer, também, um órgão de expressão e vontade. O uso ágil, sensível, preciso e coordenado das mãos é ,talvez, a mais acabada construção social, histórica e biológica do homem.

Enquanto movimentos de flexão e extensão, manusear peças eletrônicas, teclas de um computador, cordas ou teclados de instrumentos musicais têm poucas diferenças. Variarão, certamente, de força, intensidade, ritmo e extensão do tempo de manuseio, mas as diferenças do trabalho de um operário da indústria eletro-eletrônica, de um bancário, de um instrumentista de orquestra sinfônica e de um músico de jazz não são apenas dos instrumentos e meios e da natureza quantitativa dos movimentos. Há muitas outras, além dos elementos constitutivos físicos de cada um desses trabalhos, que dizem respeito ao seu conteúdo intrínseco, à sua organização , natureza social e à sua história.

No entanto, é freqüente, embora pouco original, comparar as atividades de uma produção com elevado nível de tecnicidade e organização, que pode ser a de uma empresa industrial ou financeira, com uma orquestra sinfônica, onde cada trabalhador, sentado ou de pé, daria conta de uma partitura. Na realidade, essa aparente sintonia, longe de resultar em uma sinfonia, carregada de sentimento, é uma seriação de tarefas simples, repetitivas, que têm a ver com a divisão racional do trabalho, muito diferente do trabalho coletivo dos instrumentistas de uma orquestra, concebido e exercido com razoável autonomia, embora preso, rigorosamente, a um texto e sob a batuta de um maestro. Já nas bandas de jazz, a liberdade de conceber e tocar é absoluta.

Nas diferenças qualitativas do trabalho, provavelmente mais do que nas de natureza quantitativa dos movimentos e posturas físicos, estariam as causas da desigualdade de prevalência das LER nas diversas categorias profissionais e até dentro de uma mesma categoria. Não é de estranhar, pois, que altas prevalências de LER sejam encontradas em trabalhadores da linha de montagem fabril (Nakaseko e col., 1982; Silverstein, 1986 apud Couto, 1991) bem maiores que entre os escriturários-caixas de banco. Músicos também têm LER, mas conquanto elas sejam razoavelmente freqüentes entre os que integram orquestras sinfônicas, não têm expressão numérica entre instrumentistas de jazz (Dupuis, 1995).

Criar e executar, sobretudo com a liberdade com que fazem os músicos de jazz, implica sentir o trabalho de um modo totalmente diferente do cumprimento de tarefas simples, esvaziadas de conteúdo e com escasso domínio sobre meios, instrumentos, processos e fins, como ocorre nas linhas de montagem industrial ou nos balcões de bancos.

O cumprimento de tarefas repetitivas, nem por isso despidas da exigência de atenção e realizadas sob permanentes pressões e tensões, que a experiência pode amenizar, mas não elimina, faz o trabalho real e automatizado de hoje, penoso e sofrido em qualquer setor (Bammer, 1987; Ferreira, 1989; Hunting, Welch e Cuccherine, 1994).

Nem mesmo entidades patronais brasileiras (Febraban, s.d) nega uma dimensão do trabalho, senso estrito, na geração das LER, mas não se há de querer culpar por esses infortúnios as máquinas e os ambientes de trabalho, meros mediadores materiais e constitutivos da produção.

Não é a automação dos processos de produção que causa as LER, como não são as novas tecnologias que desempregam; que o digam as trabalhadoras da indústria de vestuário do Canadá, remuneradas por peça e que em grande número estão se tornando incapacitadas para trabalhar devido às LER (Brisson e col., 1989). Esses são epifenômenos resultantes de uma situação que remete, inexoravelmente, à propriedade desses meios e instrumentos. A patogenia não está neles, mas na sua apropriação,

incorporação e uso, e na inerente reorganização do trabalho, que o patronato impõe e as gerências e chefias administram, sem preocupação maior com as repercussões sociais e sobre a saúde dos que realizam o trabalho (DIESAT, 1994; DIEESE / DIESAT, 1994); Pena, 1985. p.23-30; Pagès e col.,1990. p.188-207).

Os conflitos entre os interesses do capital, beneficiário direto dessa incorporação tecnológica e as necessidades dos que trabalham subalternamente, sem poder interferir ou interferindo muito pouco nas políticas empresariais, podem emergir catastroficamente, sob várias formas, uma delas, de um adoecimento coletivo, exemplo das L.E.R., cujas vítimas dessa violência oculta ou disfarçada, mais uma vez, são os trabalhadores hierarquicamente mais subordinados.

Evolução histórica

O conhecimento que o trabalho braçal e os esforços brutos causam lesões ósteo-mioarticulares dos membros superiores é muito antigo e atravessa o tempo. O conhecimento, muito menos difundido, de que esforços leves e contínuos desses membros podem levar a lesões dos mesmos tecidos, também, precede a revolução industrial.

O sofrimento dos artesãos escriturários ao realizar seu trabalho, caracterizado por esforços leves, repetitivos e pela sobrecarga estática das estruturas do membro superior, onde a atenção e tensão eram, também, uma exigência do trabalho, já tinha sido descrito há trezentos anos por Ramazzini.

A exigência principal do trabalho na produção industrial, principalmente no segundo e terceiro ciclo entre 1870 a 1950 foi da força muscular bruta, resultando em doenças e acidentes do trabalho graves com lesões freqüentes, cruentas e não cruentas, que modularam de forma diferente e brutal, o perfil da morbi-mortalidade da classe trabalhadora. Nasce daí a legislação específica, acidentária, a primeira delas na Alemanha em 1884, seguindo-se as da Áustria em 1887, Noruega em 1894, Inglaterra em 1897, França e Dinamarca em 1898 e Espanha em 1900 (Saad, 1995).

A automação acelerada do processo de produção, uma das características do ciclo atual de desenvolvimento e crise do modo de produção capitalista, que se inicia em torno de 1950, tende a fazer cair o número e lesões típicas dos acidentes, entre as quais sempre estiveram as ósteo-mio-articulares dos membros superiores, umas mais e outras menos aparentes, com ou sem mutilações. Também as velhas doenças ditas *profissionais* ou *ocupacionais* deverão, com o passar dos anos, tornarem-se menos freqüentes.

Essa mudança da infortunística do trabalho se deve à redução dos movimentos de força, agora substituídos por movimentos leves, repetitivos, habitualmente de elevado ritmo, executado nas fábricas, mas, principalmente, no setor terciário (serviços, comércio, administração, etc), onde se concentram hoje, nos países industrializados, mais de 60 % da força de trabalho. A violência do trabalho, ainda bastante explícita nos países de economia dependente e industrialização tardia, faz-se em todo o mundo mais oculta, mais sutil, sem uma causalidade material tão denunciadora.

Os sintomas descritos em 1700 por Ramazzini em artesãos escriturários se assemelham aos que acompanham as lesões das partes moles do membros superiores atribuídas aos atuais *trabalhadores de escritório*, como os chama Braverman (1975); mas são muitas as diferenças entre o modo de adoecimento dos escribas descrito por aquele autor e o da sociedade de escribas que acabamos nos tornando. Talvez, a mais significativa, é de que naquela época, as LER eram um modo mais raro de adoecer, posto ser a escrita uma atividade partilhada por um número bem pequeno de pessoas que usava a pena como principal instrumento de trabalho.

Esse caráter *ocupacional* e restrito das LER permaneceu assim, por um longo tempo, no curso da revolução industrial, mesmo quando, a partir de 1830, o instrumento da escrita, o bico da pena de ave foi substituída por uma inovação tecnológica, a "*pena*" de aço. A escrita se fez mais veloz e a sensação de peso, as dores e câibras nas mãos e braços se fizeram mais freqüentes entre os que praticavam o ofício, que de tão numerosos haviam se tornado uma categoria, agora formalmente assalariada.

Com o desenvolvimento e expansão do telégrafo, após 1870, dos mesmos sintomas veio a padecer a categoria profissional nova dos telegrafistas (Ferguson, 1971; Dembe, 1995;), reconhecida na Grã-Bretanha como doença do trabalho em 1908 ("telegraphist's cramp"). Nesse caso, o esforço repetitivo é sobre uma tecla e não mais sobre a pena. A expansão da doença dentro dessa categoria levou mais tarde a que uma comissão de peritos do Fundo de Compensação dos Trabalhadores revisse a questão, concluindo que se trataria de uma predisposição individual e que, portanto, dever-se-ia fazer uma seleção mais cuidadosa para o ingresso dos trabalhadores nesse tipo de trabalho (Lucire, 1986). Duas outras novas categorias, a dos mecanógrafos-datilógrafos e a dos telefonistas vieram a apresentar os mesmos sintomas e tiveram reconhecida sua doença como originada do trabalho na Suíça em 1918 e indenizados pelos empregadores (Baader, 1960: 254-258).

Apesar da freqüência cada vez maior das LER., a destreza das mãos, permaneceu por um bom tempo como exigências restritas a alguns trabalhos e

categorias, embora houvesse tendência crescente à sua generalização, com a incorporação da automação mecânica.

Após a metade do presente século esse caráter e exigências do trabalho se tornaram universais, invadindo literalmente todas as atividades econômicas e sujeitando todas as categorias (Ohara, Itani & Aoyama, 1982; Onishi e col., 1982; Armstrong & col., 1982; Chatterjee, 1987; Bammer e Martin, 1988 e 1992; Osorio e col., 1994).

No que diz respeito à tecnologia, o que marca essa inflexão é a acelerada automação dos processos de produção, não mais mecânica, mas eletroeletrônica, simbolizada pelos "robôs" e computadores. Assim, as LER perderam o caráter de um modo de adoecimento de umas poucas categorias, para ser de todas, ocorrendo com tal frequência que se tornou um grave problema de saúde pública e do trabalho em todos os países industrializados após a década de 50 (Bammer, 1987, 1988; Tola & col., 1988; Kilbon, 1987).

O Japão, único país que viveu o horror de dois bombardeios atômicos e saiu em pânico e humilhado da 2a. Guerra Mundial, foi extraordinariamente favorecido pelos Estados Unidos para a recuperação veloz do seu parque industrial. Não se tratava de nenhum sentimento de culpa pelas catástrofes de Hiroshima e Nagasaki, mas de interesses geopolíticos e econômicos no Oriente, onde os americanos precisavam de um aliado fiel e grato que fizesse frente à União Soviética e à China.

O capital e o Estado japoneses acordaram sobre algumas estratégias, uma delas, a vitaliciedade no emprego para os trabalhadores das grandes empresas dos setores de ponta, apostando na qualificação e na polivalência de funções e tarefas dos operários, culturalmente pouco afeitos a embates frontais com o capital. A partir daí, concederam relativa autonomia aos grupos operários setoriais das fábricas para que definissem a incorporação ou não de certas tecnologias novas e os autorizaram a solucionar problemas menores dos processos de produção, sem a interferência das chefias. Em troca, a jornada de trabalho foi expandida a limites quase insuportáveis e cobrou-se-lhes devoção absoluta à empresa. Célere, o país progrediu em termos de automação e racionalização da produção e de domesticação de sua força de trabalho.

Não surpreende que tenha sido o Japão, o primeiro país a se dar conta, no final da década de 50, que seus trabalhadores estavam adoecendo, com uma frequência inusitada de doenças ósteo-mio-articulares dos membros superiores. A intensa busca da produtividade e as novas relações e organização do trabalho, ao lado da automação que crescia, foram logo identificadas como responsáveis pelo impacto negativo sobre a saúde dos trabalhadores das mais variadas categorias, tornando os distúrbios cérico-braquiais ocupacionais ("*occupational cervicobrachial disorders-OCD*"),

nome que é dado às LER no país, um sério problema social e de saúde pública (Onishi & Col., 1976; Maeda, Horigushi & Hosokawa, 1982).

Os que historiam a evolução da doença no Japão (Nakaseko e col., 1982) afirmam que sua expansão se deveu à elevada sobrecarga e intensidade do trabalho, alta velocidade nas operações com máquinas manuais, períodos muito alongados de trabalho contínuo, aumento individual das tarefas que requerem movimentação exagerada dos dedos e dos outros segmentos do membro superior, empobrecimento do conteúdo do trabalho, controle rígido das chefias e à redução do repouso e do lazer.

Segundo eles, de 1 milhão e 691 mil trabalhadores, em média, 10 % eram sintomáticos. A maior prevalência (20,9 %) foi encontrada entre os trabalhadores da linha de montagem. A terceira categoria mais atingida, com uma prevalência de 9,4 %, era a dos trabalhadores de escritórios.

Nas décadas seguintes, no rastro da acelerada incorporação das novas tecnologias de automação, sempre associada às novas formas racionais de organizar o trabalho, as LER. ganharam outros países industrializados, com os nomes de “*occupational cervicobrachial disorder/OCD*” na Alemanha e países escandinavos, “*cumulative trauma disorder /CTD*”, “*occupational overuse syndrome/OOS*” e “*repetitive strain injury/RSI*” nos Estados Unidos da América do Norte, “*repetitive strain injury/RSI*” na Austrália e “*lésions attribuibles au travail répétitif /LATR*” no Canadá. (Kuorinka, Forcier & col., op.cit.: 133-159).

Nos EUA, as LER alcançaram vulto nos primeiros anos da década de 80. Silverstein em sua tese, de 1985, (Couto, 1991) demonstrou que a prevalência em seis indústrias metalúrgicas mostrou-se próxima àquela dos trabalhadores da linha de montagem no Japão e que em 147 dos 574 adoecidos, os movimentos de força e elevado ritmo foram identificados como causas mais próximas. Sete anos mais tarde, uma revista americana de ampla circulação no mundo inteiro incumbiu-se de difundir alguns dados oficiais do governo: 50 % de todas as doenças do trabalho notificadas no país eram por *repetitive strain injury* (RSI) provocados pelo trabalho, sobretudo pelo uso de microcomputadores e tecnologias assemelhadas. Estariam ocorrendo anualmente 185 mil casos novos todos os anos. Cerca de 45 milhões de trabalhadores americanos, ou seja, metade da força de trabalho do país estaria sujeita a adoecer devido ao trabalho automatizado. Os custos estimados com perda de produtividade e assistência médica foram estimados em 7 bilhões de dolares ao ano (Horowitz, 1992).

Uma revisão recente sobre as doenças ósteo-mio-articulares do pescoço e membros superiores em trabalhadores de escritório em dezesseis países (Japão, Austrália, EUA, Alemanha, Suíça, Suécia, Grã-Bretanha, Finlândia, França, Índia, Itália, Noruega, Nova Zelândia, Holanda, Singapura e Rússia) descreve não só a

identidade dos sintomas e causas imediatas, como a expansão e especificidades no encaminhamento dessas patologias em cada um (Bammer, 1990).

O reconhecimento da dimensão e transcendência das LER tem suscitado nos últimos anos, inúmeros seminários, congressos e pesquisas, algumas multicêntricas, não pairando qualquer dúvida aos institutos, centros e grupos que pesquisam as interrelações do trabalho com a saúde, de que o trabalho repetitivo, a sobrecarga músculo-esquelética estática e a nova organização do trabalho, aliadas à automação, estão estreitamente associadas na causalidade das LER (Maeda & col., 1982; Itani, 1987; Kilbon, 1987; Bammer, 1987; Bammer & Blignault, 1988; Brisson & col., 1989; Kuorinka, Forcier & col., 1995).

Concordam os pesquisadores que embora os movimentos repetitivos leves estejam entre as principais causas imediatas das LER, o esforço músculo-esquelético estático, aparentemente pequeno, mas permanente, de manter os membros superiores contraídos no curso do trabalho em pé ou sentado, explicaria, a multiplicidade das partes e segmentos atingidos e a bilateralidade das lesões (Nakaseko & col., 1982, op.cit.; Ohara & col., 1982).

Acordam ainda que a prevenção da doença está na dependência não só de medidas ergonômicas e físicas para melhorar as condições e ambientes do trabalho, mas de outras ligadas à sua organização, como redução da jornada, interrupção regular das tarefas ou pausas, revisão das relações do trabalho com a finalidade de reduzir as pressões e tensões do trabalho (Maeda & col., 1982, op.cit.; Itani, 1987, op.cit.; Bammer, 1990, op.cit.).

Essa consensualidade sobre as causas próximas, no trabalho, das LER implica em que uma intervenção para ter eficácia requer um conjunto de medidas simultâneas para evitar casos novos, detectar, diagnosticar e tratar precoce e adequadamente os casos em estados iniciais e dar um tratamento especial aos casos crônicos, buscando resolver o difícil problema do retorno ao trabalho (Miyake & col., 1982; Kitayama, 1982; Kilbon, 1987, op.cit.).

A urgência dessas políticas e ações são óbvias: as vítimas de LER constituem uma população em plena fase produtiva, com idade prevalentemente abaixo dos 40 anos e, portanto com expectativa de vida elevada, fato que acarreta enormes custos aos sistemas de saúde e seguridade (Chatterjee, 1987, op. cit.; Kitayama, 1982, op.cit.; Bammer & Blignault, 1988, op.cit. Tanaka e col., 1988; Brisson & col., 1989, op.cit.; Kuorinka, Forcier & col., 1995, op.cit.).

Alguns pesquisadores relatam êxitos com intervenções no campo da prevenção e diagnóstico, atestados pela redução de casos novos e de incapacidade e reabilitação (Nakaseko & col., 1982, op.cit.; Miyake & col., 1982, op.cit.; Chatterjee, 1987, op.cit.; Feurstein e col., 1993); Mas mesmos em países onde o problema foi detectado

precocemente, as LER se mantêm na ordem do dia e fora do controle. E a razão parece clara: elas não têm muita *vulnerabilidade* às técnicas de prevenção conhecidas e as técnicas de detecção e tratamento precoces da doença não têm sido compatibilizadas com sua *magnitude e transcendência social*.

Diferentemente das epidemias que representam, potencialmente, uma ameaça a todas as classes e segmentos sociais, as LER, apesar de sua expansão, são seletivas, atingindo prevalentemente os trabalhadores que realizam o trabalho real e cujo adoecimento parece a essa altura do tempo estar comprometendo a produção.

No ciclo atual do capitalismo, mais do que nos anteriores, a força de trabalho está aí, abundante, a um preço incrivelmente baixo. Face à incapacidade temporária ou definitiva para o trabalho e aos custos previdenciários, médicos e sociais, a preocupação imediata e maior permanece com os próprios trabalhadores e seus sindicatos, com os órgãos previdenciários e securitários e as instituições de saúde, todos perplexos sobre o que e de imediato, fazer.

Gênero e indivíduo

Há poucas dúvidas de que a maior prevalência das L.E.R. é em trabalhadoras, fato denunciador, antes de mais nada, da precariedade do conceito de igualdade dos gêneros baseado na jornada igual de trabalho. As hipóteses para explicar essa prevalência desigual, habitualmente, têm se fundamentado nas diferenças biológicas e ou psicológicas entre o homem e a mulher (Krom & col., 1990; Cannon & col., 1981; Lucire, 1986).

Há nessas teorias explicativas alguns elementos comuns. Além de privilegiarem o individual, constituído em "*fator*", como no modelo clássico de Leawell e Clark, eles resvalam para o conceito vago de uma "*predisposição*" ou "*suscetibilidade*" que poderia estar ligada ao sexo. A mulher seria mais "*predisposta*" a ter LER. por características genéticas, antropométricas, constitucionais e comportamentais. Haveria uma patogenia inata ao gênero.

É fácil perceber como essas teorias e estudos subseqüentes, intencionalmente ou não, podem alimentar preconceitos e discriminações e culpar os adoecidos dos dois gêneros por seu próprio adoecimento. Aliás, 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.

Esse comportamento pode ser fruto da percepção empírica ou estatística de que a maioria que adoece é mulher, percepção ou constatação quantitativa que, mal

elaborada, reforça o preconceito e incrimina, estimulando o sentimento de negação e ocultação do próprio adoecimento por parte dos trabalhadores sintomáticos dos dois gêneros. Os preconceitos sobre o trabalho da mulher são históricos e aqui realimentados, colaborando para que a tradicional e indesejável condição de subalternidade do gênero se mantenha e cale a dor.

Comportamentos dessa ordem costumam não respeitar as diferenças e as consideram, quando desfavoráveis à produção, como atributos negativos individuais, dos grupos e populações submetidas, seja como decorrentes do gênero, cor ou raça. As exigências do trabalho, de patogênicas se fazem em naturais. Inversamente, a sujeição dos que trabalham ameaçados de adoecer se converte em *fator individual de risco* para a produção(Abreu,1993. p.107-20; Castro e col.,1994. p.141-52; Souza Lobo, 1991.p.73-86, 105-11).

Entende-se que adoecer do trabalho, porém, não é um demérito ou atributo negativo. Os que assim reagem têm uma maior sensibilidade aos componentes patogênicos do trabalho e, certamente, um deles, a própria sujeição. Ao adoecer, eles revelam a violência, mais oculta hoje do que ontem, a que estão sujeitos todos os que trabalham e se submetem , face à necessidade e a uma condição histórica e social.

Se o gênero mulher for, de fato, o que mais adoece de LER,. é porque sua sensibilidade e sua subordinação são maiores, expressando com clareza essa violência sutil do trabalho automatizado atual. A impropriedade do adoecimento não está na pessoa e muito menos no gênero, posto que a determinação lhe é externa, está no trabalho. Dada à subordinação de classe e hierárquica no trabalho, por não encontrarem outra forma de expressar o sofrimento senão com o próprio corpo, as pessoas mais sensíveis denunciam-na , adoecendo.

Mesmo que o trabalhador os tenha, o adoecimento do trabalho não é consequência de nenhum defeito ontogenético, nem de características de natureza biológica ou psíquica, mas, objetivamente, do trabalho. Não é, pois, acidental que, independentemente do gênero, adoçam mais ou exclusivamente, os que realizam o trabalho real e que se situam no nível hierárquico inferior das organizações, no "*chão*" da empresa.

O enfoque médico

Tenossinovites, tendinites, sinovites, miosites, fascites, bursites, epicondilites e neurites periféricas são designações consagradas pela medicina das lesões inflamatórias do sistema ósteo-múo-esquelético e conjuntivo e dos nervos periféricos. Apesar dessas designações se referirem, quase todas, aos tecidos de sustentação (ossos, músculos, tendões, fáscias e sinóvias), o processo inflamatório envolve sempre os tecidos vizinhos que integram nominalmente outros sistemas e aparelhos, como as artérias, veias e nervos locais.

Nos membros superiores, algumas dessas lesões ganharam nomes especiais, caracterizando, ora os tecidos mais lesados e o presumido trajeto inflamatório (síndrome do desfiladeiro torácico, síndrome do túnel do carpo, síndrome do canal de Guyon, síndrome cervico-braquial, síndrome do pronador redondo), ora sinalizando a imagem da seqüela (dedo em gatilho), ora homenageando quem melhor as descreveu ou estudou (moléstia de Dupuytren, doença de De Quervain).

Essas lesões ou síndromes podem ter etiologias diversas: infecciosa, reumática ou traumática, mas só são consideradas como doenças do trabalho se por ele causadas ou agravadas. Além das lesões já consagradas e localizadas, há outras difusas e pluritissulares designadas, quando atribuídas ao trabalho, tão só sob o termo genérico de lesões por esforços repetitivos (LER).

A última Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionadas à Saúde/CID10/1993 (OMS, 1994) enquadra a maioria dessas perturbações e lesões no Capítulo XIII — *Doenças do sistema ósteo-muscular e do tecido conjuntivo*. No caso das atribuídas ao trabalho elas estão sob a rubrica de *Transtornos dos tecidos moles relacionados com o uso, uso excessivo e pressão, incluindo aqueles de origem ocupacional (M.70.8)* ou como *Transtornos não especificados dos tecidos moles relacionados com o uso, uso excessivo e pressão (M.70.9)*, sem alusão ao trabalho. As neurites e síndromes neurológicas compressivas estão no Capítulo VI — *doenças do Sistema nervoso (G.54;55 e 56)*, como mononeurites periféricas, transtornos do plexo braquial, síndrome do túnel do carpo, etc., sendo pacífico que muitas resultam do trabalho.

A penúltima Classificação (CID-9/ 1975) (OMS, 1978) também se referia a essas lesões, nos capítulos XIII (727; 729) e VI (353;354), mas sem atribuir causalidade explícita ao trabalho. Ao rever sua classificação, a Organização Mundial de Saúde evoluiu conceitualmente, admitindo que as doenças do trabalho não se restringem às de causalidade absolutamente demonstrável, sempre única e material,

ditas *profissionais* ou *ocupacionais*, mas inclui outras de causalidade múltipla e interativa no trabalho, certamente mais difíceis de provar e comprovar.

Como se vê, além das lesões localizadas, também outros transtornos sem localização tecidual tão precisa, estão agora no CID-10 e foram sancionadas pela OMS como "*perturbações pluritissulares anatômicas e ou fisiológicas, provocadas por fadiga neuro-muscular consecutiva ao trabalho*", tendo nos diversos países, como já se viu, designações bastante parecidas e sempre genéricas: "*cumulative trauma disorder/CTD*", "*repetitive strain injury/RSI*", "*occupational overuse syndrome/OOS*", "*occupational cervicobrachial disorders/OCD*", "*lésions attribuables au travail répétitif /ATR*" e lesões por esforços repetitivos / LER no Brasil.

Sob o ponto de vista etiopatogênico, na raiz desses processos estaria o trauma provocado por posturas e por movimentos voluntários ou não, variáveis quanto à intensidade, tempo e frequência, em todo caso, desproporcionais à morfologia e à fisiologia dos tecidos submetidos às suas ações. Salvo nos traumas violentos, quando o movimento é sempre de impacto único e brusco, na maioria das situações, as lesões resultam de microtraumas cumulativos, isto é, à sobrecarga estática prolongada e aos movimentos de intensidade, tempo e frequência mais ou menos regulares e cotidianos que se repetem meses e anos a fio. Movimentos de força ou de pressão contínua, movimentos de baixa força e elevado ritmo e contraturas prolongadas, desde que a somatória ganhe características traumáticas, isto é, pouco toleráveis aos tecidos obrigados a suportá-los no tempo, podem resultar em processos inflamatórios (Aschoff, 1950.p.509-639; Anderson, 1984; Browne, Nolan e Faithfull, 1984).

As condições biomecânicas desfavoráveis do trabalho são potencializadas por outras características do trabalho moderno e automatizado, como a tensão sob a qual são realizadas as tarefas, a atenção requerida e as pressões múltiplas, algumas sendo absorvidas, outras, menos toleradas, causando sofrimento franco.

Várias das causas pressupostas têm sido objeto de mensuração, como a sobrecarga dinâmica e estática, o número e o ritmo dos movimentos, o tempo de trabalho, etc. A atenção, tensão e pressões, conquanto perceptíveis, carecem de instrumentos de mensuração objetiva, restando as referências dos trabalhadores e vítimas. Kuorinka, Forcier & col (1995, op.cit.: 22) apresentam uma revisão e análise muito criteriosas dos estudos editados em inglês, estabelecendo como premissas que os dados dos estudos fossem primários, que a relação com o trabalho fosse clara, que tivessem sido publicados após revisão dos editores, excluindo os estudos de caso e os artigos de síntese.

Essas abordagens fazem do corpo que trabalha o campo experimental. Sem desmerecer os méritos possíveis na captação das respostas humanas às exigências do trabalho, historicamente elas têm caminhado para o estabelecimento de limites ou

níveis de tolerância, acima dos quais o trabalho, nas condições postas, teriam repercussões fisiopatológicas detectáveis.

Conceitos e práticas dessa ordem podem resvalar para critérios de seleção da força de trabalho, onde os *predispostos* ou *susceptíveis* poderão vir a ser excluídos sob o pretexto de evitar que adoçam.

A necessidade ou possibilidade de conhecer e estabelecer os limites humanos face às exigências do trabalho, sem que haja adoecimento explícito, está na ordem do dia nesses tempos de exclusão de pessoas do mercado de trabalho. É oportuno advertir, porém, que esse cientismo positivo pode ser ilusório e que a detecção de alterações fisiológicas ou psicológicas depende da escolha dos censores e sensores. A opção instrumental e metodológica nunca foi neutra; além de depender das condições materiais e objetivas para sua materialização, envolve, de antemão, a posição do pesquisador face à pesquisa e ao objeto a ser pesquisado. E mais, envolve saber para que e quem se está pesquisando (Chretien, 1994: 17-43).

De qualquer modo, o conjunto dinâmico de causas patogênicas do trabalho resulta em sofrimento físico que se exterioriza, no caso das LER, por lesões anatômicas e perturbações funcionais localizadas nos vários segmentos dos membros superiores (Vikari-Juntura, 1993), às quais se soma crescente sofrimento psíquico, agravado pela progressiva dificuldade em fazer as coisas dentro e fora do trabalho e pelo medo da incapacidade. Assim as LER acabam se tornando uma doença total, biopsíquica, do trabalho, mas, repita-se, socialmente determinada (Bammer & Blignault, 1988).

Respeitadas as diferenças de reações, típicas de cada um dos tecidos envolvidos, o traço fisiopatológico mais comum, embora não único, é o processo inflamatório, de início irritativo e assintomático, caracterizado por crescente, mas discreta exsudação, ou seja, pela presença de uma quantidade um pouco maior de líquido na região afetada, que não chega a sensibilizar as terminações nervosas e, assim, não ultrapassa o limiar subjetivo e individual da dor, mediado pela produção de substâncias antálgicas, como as apomorfina.

As percepções subjetivas (sintomas) ou objetivas (sinais clínicos) do processo vão depender de inúmeras variáveis. Além das características das estruturas orgânicas e das exigências do trabalho no tempo e lugar, a evolução para o estado de adoecimento está condicionado, dinamicamente, ao modo de cada um fazer face a essas exigências ou agressões, em suma, do modo de sentir e reagir em determinado momento e espaço. E no particular, as LER não diferem de qualquer outra doença.

A localização das lesões nos segmentos do membro superior decorrem do seu envolvimento maior no processo de trabalho. Não por acaso, elas incidem, pela ordem, , prevalentemente, nos segmentos distais, comprometendo menos

freqüentemente o pescoço e o segmento cervical da coluna vertebral (Maeda & col., 1982, op.cit.; Onishi & col., 1982, op.cit.; Miyake & col., 1982, op.cit.; Chatterjee, 1987, op.cit.; Kuorinka & Viikari-Juntura, 1982.; Viikari-Juntura, 1983; Anderson, 1984)

Primordialmente, as mãos eram, essencialmente, órgãos de apreensão. Mesmo quando o homem primitivo passou a usar instrumentos manuais para o trabalho e com eles, prolongar sua capacidade de intervenção e transformação da natureza e da sociedade, elas não perderam essa função essencial, resultante da oposição anatômica e funcional do polegar aos outros dedos. Os movimentos de extensão dos dedos e da própria mão, sob o ponto de vista funcional estão subordinados filogeneticamente ao relaxamento prévio dos músculos flexores que se destinam ao ato de apreender e que são bem mais potentes que os seus antagonistas, os extensores. A alternância entre flexão e extensão e as tensões músculo-tendinosas não podem ultrapassar certos limites, quer em relação à força, quer ao espaço de tempo entre os movimentos, sem colocar em risco a integridade funcional e morfológica dos tecidos.

São condições facilitadoras do trauma, a contigüidade de estruturas duras, como os ossos, com outras de consistência menor, com flexibilidade, viscosidade, elasticidade e friabilidade diferentes entre si, como os músculos, fâscias, tendões, ligamentos, sinóvias, veias, artérias, sangue, linfa e nervos, todos obrigados a posições e movimentos com as características apontadas, em espaços, às vezes, estreitos, como as bainhas articulares, ou rígidos, como os percursos ósseos do ombro, cotovelo, mãos e dedos. É compreensível, pois, que os locais mais críticos sejam esses espaços e aí as lesões sejam mais freqüentes. Os tendões, em particular, que dependem mais de sua visco-elasticidade que da elasticidade mais própria aos músculos, se ressentem de contraturas ou tensões prolongadas e dos movimentos rápidos e por tempo alargado, mesmo se leves, que impedem o repouso necessário à sua oxigenação e recomposição. O uso excessivo pode dar lugar à hipertrofia muscular em pontos críticos que podem constranger, progressivamente, vasos e nervos, provocando reações, sintomas e sinais mais ou menos patognômicos.

Os sintomas mais precoces, variáveis conforme os tecidos envolvidos são a sensação localizada de desconforto ou peso, anestesiamento, formigamento ou dor franca. A dor, de início leve, surda, inconstante, local e que aparece com os movimentos, pode se irradiar, se tornar difusa, despertada por pressões leves e acabar por se fazer espontânea e contínua. Ela é o mais freqüente, incômodo e limitativo dos sintomas.

Edemaciação, variações de calor ou cor locais, dor forte e persistente são sinais sugestivos do estado avançado das lesões que se fazem acompanhar de redução maior ou menor dos movimentos e de incapacidade funcional temporária e até definitiva.

Essa é uma consequência possível, acusando um grave e prolongado processo traumático (Miyake & col., 1982, op.cit.).

É o processo traumático que provoca as lesões e é sua permanência que as agrava e pode levá-las à cronicidade e à irreversibilidade da doença. Por conseguinte, a reversibilidade depende, necessariamente, da eliminação do trauma em seu começo. Nesse momento, as alterações anatomopatológicas dos tecidos podem regredir e os tecidos se recompor, dado o caráter predominantemente irritativo nos estados iniciais do processo.

A reversibilidade das lesões dos tecidos não significa, porém, que o indivíduo possa se submeter, novamente, a movimentos e sobrecargas músculo-esqueléticas com as características equivalentes aos anteriores. É, aliás, provável que movimentos amenos, se velozes ou contínuos, provoquem recidivas. Essas restrições impõem o reconhecimento de novos limites para essas pessoas, que podem levar ao equívoco de considerá-las cronicamente doentes, quando, na realidade, são pessoas sadias que não devem, como não deveriam antes, trabalhar por um tempo demasiadamente longo, acima dos limites que suportam. Se sobrevieram lesões é porque houve trauma e se elas retornam é porque há persistência da condição traumática.

O aparecimento de sinais clínicos e, sobretudo, exames complementares positivos, indicam que as lesões cursaram algum tempo e aí o prognóstico se torna mais sombrio quanto à reversão do quadro. A Associação de Saúde Industrial do Japão para efeito de diagnóstico do estado da doença, possibilidade de retorno ao trabalho e reconhecimento da incapacidade, classificou as LER em cinco estados (Maeda & col, 1982, op.cit.; Kitayama, 1982, op.cit. e Itani, 1987, op.cit.).

A par da utilidade pragmática do enquadramento dos adoecidos nesses estados ou estádios para efeito da possível delimitação dos seus limites e percepção de benefícios, elas podem sugerir *estágios* como se doença tivesse um curso inexoravelmente evolutivo. No entanto, a reversibilidade das lesões e a involução de um estado mais avançado para outro menos grave é comum (Miyake & col., 1988, op.cit.)

O diagnóstico é sempre clínico. Na literatura internacional há poucas referências sobre exames complementares para o diagnóstico, salvo nas síndromes neurológicas compressivas em que a eletroneuromiografia é freqüentemente solicitada. Presume-se que o diagnóstico precoce torne-os desnecessários, pois nos estados iniciais os exames complementares (radiografia, ultra-sonografia, eletroneuromiografia, ressonância magnética, tomografia computadorizada), ainda que solicitados, executados e interpretados judiciosamente, são pouco conclusivos. Quando positivos é porque as lesões são graves e, freqüentemente, irreversíveis.

Qualquer que seja o estado da doença, o afastamento do trabalho é uma prescrição terapêutica obrigatória. Há nesse aspecto, uma consensualidade internacional absoluta e a razão é óbvia: poupar o adoecido de continuar sujeito às agressões do trabalho que o fizeram adoecer.

O repouso forçado dos segmentos supostamente mais atingidos com o uso de próteses não goza da mesma unanimidade. As terapias físicas, conquanto prescritas com habitualidade e quase no varejo, são de duvidosa eficácia, face à heterogeneidade das lesões, à multiplicidade dos tecidos atingidos, à localização múltipla e diferenciada, talvez pelo seu uso indiscriminado, em particular, porque, pairam incertezas quanto ao estado da doença.

Os medicamentos têm efeitos sintomáticos, voltados quase sempre para a dor. A cirurgia é uma necessidade rara e se destina, afora situações excepcionais, a reduzir a compressão nervosa ou corrigir uma retração fibrosa. Dado ao sofrimento psíquico, o tratamento psicoterapêutico tem seu lugar.

O prognóstico está na dependência do diagnóstico e tratamento precoces e do afastamento do trabalho gerador do processo; nessas circunstâncias ele é bom. Nos estados avançados, as lesões são irreversíveis e incapacitantes e o sofrimento mental pode ser intenso.

A chegada ao Brasil

No início dos anos 80, as LER aportaram ao Brasil, com as mesmas características, agravadas aqui por uma negação e processo de ocultação provavelmente maiores, vindo a se tornar, em pouco mais de dez anos, um grave e, ainda assim, descuidado problema de saúde pública. Nos dias atuais, aqui e à semelhança dos outros países industrializados, elas são das mais frequentes doenças do trabalho, de grande e crescente impacto sobre o sistema médico-assistencial e previdenciário, por vitimar todos os anos um grande contingente de trabalhadores jovens ameaçado com a perda definitiva de dois bens públicos essenciais que carregam: a saúde e a capacidade de trabalho.

Diferentemente, porém, dos países precocemente industrializados, onde elas emergiram primeiro no setor industrial, no Brasil, elas começaram no setor de serviços, mais precisamente, nos centros de processamento de dados de empresas estatais (Cardoso, Tavares & Castro, 1984; Rocha, 1986; Carvalho, Mendonça & Silva, 1986).

No início de 1982, relata Rocha (1986), um representante dos funcionários da Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) do Centro de Processamento de Dados (CPD) do Banco do Brasil em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, achou estranho o fato de nove digitadores aparecerem com o braço engessado com diagnóstico clínico de tenossinovite e levou sua preocupação à gerência do banco, suspeitando que fosse uma decorrência do trabalho. A empresa, alegando que tal não vinha acontecendo em outros CPD atribuiu o fato à simulação. No fim do mesmo ano, os casos somavam vinte e quatro. Ainda assim, o banco continuou a entendê-las como doenças não relacionadas com o trabalho e não emitia a comunicação de acidente de trabalho (CAT) escudando-se no fato da tenossinovite não ser reconhecida como doença do trabalho pela legislação acidentária brasileira .

O reconhecimento oficial da tenossinovite como doença do trabalho veio a acontecer cinco anos depois, em função do aumento crescente de casos entre digitadores e da pressão do Sindicato dos Empregados das Empresas em Processamento de Dados, como o próprio documento ministerial se refere (MPAS, 1987)

O número de casos de LER não parou de crescer, passando a vitimar não apenas digitadores, como bancários em outras funções, trabalhadores fabris (metalúrgicos, eletro-eletrônicos, têxteis, etc) e de outras atividades econômicas (telefonistas, teletipistas, caixas de supermercados, etc)

Nos primeiros anos da presente década, essas lesões, rotuladas de tenossinovite e de outros nomes, ou simplesmente de LER, tiveram um crescimento explosivo, colocando-se, imediatamente atrás do ruído, como a principal doença notificada à previdência social, apesar da relutância dos seus peritos em considerá-las como uma doença do trabalho.

Premidas por tais circunstâncias e com a interveniência direta do movimento sindical, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo (1992) baixou uma norma técnica específica, reconhecendo as lesões por esforços repetitivos (LER) como provocadas pelo trabalho, exemplo logo seguido pela Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais e pelo próprio Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) da Previdência Social (1993).

Ainda assim, as resistências ao reconhecimento da doença e do seu vínculo com o trabalho persistem. Médicos não estabelecem o nexo causal, empresas se negam a emitir a CAT, documento insubstituível para a concessão dos "benefícios" previdenciários, agentes e peritos médicos do INSS desmerecem os laudos dos médicos dos adoecidos e os centros de reabilitação profissional 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.

Provavelmente, em razão do seu nível de organização, poder de pressão e facilidade de acesso a serviços médicos mais diferenciados, os bancários e os metalúrgicos são as categorias onde mais tem havido registro de casos (Nusat, 1991, 1992 e 1993; Settimi & Silvestre, 1995: 321-355). É previsível, dadas às longas jornadas de trabalho e ao elevado nível de exploração a que estão submetidos os trabalhadores brasileiros, que o Brasil venha a ocupar um lugar indesejável e proeminente na casuística de LER no cenário internacional, apesar da contumaz subnotificação.

O sistema bancário brasileiro tem tradição de vender no mercado nacional, uma série de "*produtos*" que fazem bastante densa e corrida a atividade e o trabalho bancários .Face à concorrência dentro do setor, ao incorporar a informática e telemática e fazer da informação um novo e caro produto, não se desvencilhou dos anteriores. A reformulação da organização do trabalho e simplificação de tarefas, trazidas com a automação, que se fizeram acompanhar de demissões maciças, sobrecarregou os bancários que permaneceram no emprego com tarefas antigas e novas multiplicadas, numa versão piorada de polivalência funcional.

Embora as LER, mesmo entre trabalhadores sedentários e de escritório, sejam velhas conhecidas, há alguns fatos novos e relevantes: sua elevada e crescente importância entre as doenças diretamente associadas ao processo e organização do trabalho; o fato de que suas causas mais próximas e freqüentes estejam deixando de ser os movimentos de força, substituídos pelos toques leves e rápidos dos dedos sobre teclados de microcomputadores e assemelhados e pela sobrecarga muscular estática inerentes a esses tipos de trabalho; a formidável eficiência dessas máquinas, elevando direta e indiretamente, a produtividade em todas as atividades econômicas, inclusive as do setor terciário, onde se concentra hoje mais da metade da força de trabalho; o aparente paradoxo de que a incorporação de novas tecnologias e formidável crescimento de produtividade se traduziu em desemprego e adoecimento, ao invés de redução da jornada e melhor repartição de renda e o fato das LER haver se tornado um grave e complexo problema de saúde pública e social, deixando de ser uma doença episódica e restrita a poucos trabalhadores.

Essa indiferenciação de categorias vitimadas pelas LER, que as fizeram uma doença universal do trabalho, se deve à própria indiferenciação que caracteriza o trabalho atual, nivelador, por baixo, dos conteúdos, salários e tempos de trabalho, transformando diversas profissões e ocupações em uma imensa e amorfa categoria de *escriturários*. São esses trabalhadores, locados em todos os setores e atividades econômicas, que cada vez menos se distinguem uns dos outros pelo que fazem e como vivem, que tendem mais a adoecer de LER., sinalizando uma aproximação de classe e categorias até no modo de sofrer.

Como explicar ao longo desses anos, o desenvolvimento das L.E.R em todos os países e nas diversas atividades econômicas, sem que as autoridades, os sistemas reparadores de previdência social e assistência médica, as empresas e os seus sistemas de controle de segurança e medicina do trabalho, a classe trabalhadora e seus sindicatos lhes tenham dado a oportuna e merecida importância ?

8. O CASO EM ESTUDO: AS LER NO BANCO DO ESTADO

*“A acumulação de certo número de fatos, isto é, a pura coleção de dados da observação e da experiência não constitui uma ciência
“Os fatos” têm de ser ordenados, interpretados, explicados.
Em outras palavras, só quando é submetido a um trabalho teórico
é que o conhecimento dos fatos se torna uma ciência “
A. Koyré (1991)*

*“É indiscutível que conhecer é melhor
do que ignorar quando é preciso agir”
G.Canguilhem (1978)*

Definindo estratégias

A Associação dos Funcionários do Conglomerado BANESPA e CABESP (AFUBESP) e o Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos Bancários de Campinas e Região representam juntos 44 mil trabalhadores bancários, 33 mil do conglomerado e 11 mil dos diversos bancos da citada região.

A estratégia acordada com essas duas entidades foi de elaborar diretrizes para o desenvolvimento de políticas e ações que, ao menos, diminuíssem a frequência e efeitos das doenças relacionadas com o trabalho, tomando por base conhecimentos que viessem a ser produzidos, através da interação de dirigentes, trabalhadores e assessoria em saúde. (Ribeiro, 1992 e 1993)

Na ocasião, ficou estabelecido que, em um primeiro momento, dever-se-ia concentrar as atenções e recursos nas lesões por esforços repetitivos (LER), a única doença coletiva entre os bancários reconhecida legalmente como decorrente do trabalho e em rápida expansão, tanto que os últimos acordos coletivos com os bancos continham várias cláusulas alusivas a essas lesões. Maior pertinência havia com relação ao BANESPA onde a questão LER começara a ser discutida em seu Fórum de Saúde, cobrando a representação dos trabalhadores que o Banco cumprisse a norma técnica da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, literalmente incluída no acordo coletivo celebrado.

Ainda no campo das definições estratégicas ficou acertado que a associação e o sindicato deveriam constituir núcleos de saúde e trabalho integrados por diretores interessados na área, com a responsabilidade de elaborar políticas e conduzir as ações

projetadas. No caso da AFUBESP, por feliz coincidência, o diretor da área era médico e caixa de banco e se transferira do Rio Grande do Sul para São Paulo com a finalidade exclusiva de coordená-la.

Definida pelas duas entidades que se deveria dar prioridade às LER, a segunda diretriz estratégica foi sair do campo da simples denúncia e, com o conjunto dos representados, partir para a construção de um movimento que quebrasse as resistências patronais e possibilitasse a reformulação das políticas e ações do banco nesse caso, de negação da doença, de recalcitrância em notificar a ocorrência de casos e de indiferença com relação à qualidade da assistência médica prestada aos adoecidos, através dos serviços médicos contratados pela Cabesp.

Desde o primeiro momento cobrou-se da administração do banco que as negociações com relação à saúde deveriam ser permanentes e que não se esgotasse nas discussões em seus colegiados bipartites formais - o Comitê de Relações de Trabalho e o Fórum de Saúde - mas se traduzisse em políticas e ações minimamente acordadas. A perspectiva era, e continua sendo, de construir um movimento de intervenção que envolvesse em momentos simultâneos e ou sucessivos, bancários adoecidos e não adoecidos, a universidade, as instituições de saúde, outras categorias de trabalhadores e as próprias empresas, começando pelo BANESPA.

No decurso de dois anos seguidos, entre o final de 1992 e o de 1994, quando sobreveio a intervenção do Banco Central, foi assídua a troca de experiências entre dirigentes, trabalhadores e assessoria técnica, alimentando reflexões, estudos e propostas de ação que, apresentados nos colegiados internos, se tornaram, invariavelmente, documentos oficiais das duas entidades, indo, em seguida, para à mesa de negociações com a administração do banco.

Insistentemente, a Associação de funcionários cobrou da administração que modificasse suas políticas e ações com relação às LER, com base nas suas sucessivas propostas para a prevenção, qualificação da assistência médica e relocação dos adoecidos quando do retorno ao trabalho; sem êxito, sugeriu que o banco deixasse de agir pontualmente e trabalhasse os dados que dispunha ou os abrisse para que a causalidade e evolução das LER fossem devidamente investigadas (Ribeiro, 1993, 1994 e 1995).

Pressionada pelas entidades representativas dos trabalhadores, em fevereiro de 1993, o banco deu a conhecer os primeiros números oficiais sobre a ocorrência de LER. Entre junho de 1989 a novembro de 1992, teriam ocorridos 397 casos. Em abril de 1993, veio a admitir que o número subira para 551. Em junho os casos notificados passaram para 606, e em julho do mesmo ano, já eram 827. A partir daí nenhum outro informe foi oficialmente dado.

Em julho de 1994, um dos dois diretores da CABES,P eleitos pelos funcionários, atendeu informalmente ao pedido da AFUBESP, fornecendo pela primeira vez uma relação nominal dos 1223 trabalhadores do Banco que, entre junho de 1989 a abril de 1994, tinham tido diagnóstico da doença. A tabela 15 traz a relação e períodos abrangidos pelos cinco informes.

Tabela 15- Informes de casos notificados de LER por período no BANESPA.

Informes	casos acumulados	período
1	397*	até nov/92
2	551*	até abril/93
3	606*	até Jun/93
4	827*	até jul/93
5	1223**	até abril/94

Fontes: * Divisão de Saúde Ocupacional e Relações do Trabalho(DSORT) do BANESPA

** Caixa de Assistência e Benefícios do Banco do Estado de São Paulo(CABESP)

Os quatro primeiros informes dão, apenas, os números secos totalizando os casos de LER ocorridos entre junho de 1989 e os meses de abril, junho e julho de 1993. O primeiro abarcou os primeiros 40 meses, com uma média de 10 casos por mês ou um caso a cada três dias. O segundo, compreendeu os 40 meses anteriores e mais os cinco meses de novembro de 92 a abril de 93, trazendo mais 154 casos novos, com média de 30 casos ao mês ou um caso por dia. O terceiro informe incluiu os 45 meses precedentes e mais os meses de abril e maio de 93, acusando 55 casos novos, com média de 27 casos ao mês ou 0,9 caso por dia. O quarto informe, de junho de 1993, acrescentou 221 casos novos, com média de 7 casos ao dia. O último informe, originário da CABESP , incluía os 54 meses precedentes e mais 396 novos, notificados entre julho de 93 a abril de 94, isto é, nos 8 meses seguintes, resultando em um total de 1223 casos, com uma média de 50 ao mês ou 1,7 por dia naqueles últimos 8 meses.

Perceba-se a diferença e a irregularidade da frequência média mensal de casos: dez nos primeiros quarenta meses, trinta nos sete subsequentes, vinte e três nos dois seguintes; 221 somente em junho de 1993 e 50 casos por mês nos meses posteriores. Um evolução lenta por três anos e meio que salta para um patamar três vezes mais elevado por sete meses e, logo em seguida, um número sete vezes acima em um único mês e uma tendência a queda nos 8 meses subsequentes.

É difícil imaginar que a empresa não estivesse acompanhando com regularidade o crescimento do número de casos de LER, devido às repercussões sobre

a produção, comprometida pelo número ascendente de afastamentos do trabalho e pelo aumento de despesas com assistência médica.

A doença adquirira, também, uma dimensão impossível de não ser notada, elevando o tom das queixas, das denúncias e da cobrança das entidades de representação dos trabalhadores.

Nesse sentido, a socialização de conhecimentos é um elemento importante e foi por aí que o movimento progrediu entre os bancários, como se pode constatar no caso do BANESPA, graças, principalmente, ao trabalho da AFUBESP e, na Região de Campinas, ao do Sindicato, como testemunha o aumento rápido das notificações de casos de LER nessa região entre 1992 e 1996., conforme é mostrado na tabela 16.

Tabela 16- Notificações anuais de casos de LER na Região de Campinas / S. Paulo antes de 1992 até maio de 1996.

Bancos	1992	1993	1994	1995	1996	Total	
						<i>n</i>	%
<i>Privados</i>	05	07	09	06	04	31	8,5
<i>Públicos</i>	19	55	80	144	34	332	94,5
Total	24	62	89	150	38	363	100,0

Fonte: Sindicato dos Bancários de Campinas e Região/Comunicações de Acidentes de Trabalho(CAT) / INSS

A suposição é que as administrações dos bancos, que a princípio negavam a existência das LER enquanto doença do trabalho, dado ao crescente número de casos, a partir de determinado momento convenceram-se da sua existência e optaram pela estratégia da ocultação, somente produzindo informes e emitindo CAT por pressão das entidades. Não por acaso, na Região de Campinas, o número de notificações dos casos de LER das empresas bancárias ao INSS cresceu tão rapidamente.

Por outro lado, a socialização de conhecimentos e o nível de organização dos trabalhadores têm a ver com o grau de liberdade e garantias trabalhistas, bem maiores no grupo dos bancos estatais, justificando a semelhança da curva ascencional das notificações de casos de LER, entre eles, como mostra a tabela 17.

Tabela 17- Notificações de casos anuais de LER em bancos estatais na região de Campinas/ S. Paulo antes de 1992 até maio de 1996.

Bancos	1992	1993	1994	1995	1996	Total	N/Func	%
<i>Banespa</i>	16	44	40	50	07	157	1554	10,1
<i>NC/NB</i>	03	08	13	22	08	54	859	6,3
<i>B.B.</i>	00	01	14	25	13	53	930	5,7
<i>CEF</i>	00	02	13	47	06	68	963	7,1
Total	19	55	80	144	34	332	4303	7,7

Fonte: Sindicato dos Bancários de Campinas e Região.

Aliás, a atitude da administração do BANESPA, especialmente do setor específico, a Divisão de Saúde Ocupacional e de Relações de Trabalho (DSORT) foi sempre recalcitrante. Tinha e tem os dados que permitem elaborar os estudos necessários, ao menos sobre prevalência e incidência, mas se os fez ou faz, os mantém sigilosos.

Após a intervenção do Banco Central, em dezembro de 1994, nenhum informe foi produzido e as discussões sobre saúde e LER, mesmo nas instâncias previstas no acordo coletivo de trabalho, como o Fórum de Saúde, foram suspensas.

Nesse Fórum, bipartite, que se reunia mensalmente, tinham assento os órgãos técnicos da administração da setor e as entidades representativas dos trabalhadores. A representação patronal, sem negar peremptoriamente a fornecer dados regulares e mais circunstanciados, nunca o fez, restringindo-se em todo esse tempo, aos quatro acima referidos. No início, escudava-se numa pretensa questão legal e ética sobre o "*sigilo médico*", apesar das advertências da representação da associação dos funcionários, de que acidentes e doenças do trabalho eram matéria de notificação compulsória e o empregador está obrigado pela legislação, no mínimo, a fornecer cópia das comunicações dos acidentes de trabalho (CAT) às entidades representativas dos trabalhadores. A administração alegava, então, que já as fornecia aos sindicatos dos bancários, uma centena e meia dispersos em todo país, trinta e cinco somente no Estado de São Paulo.

Reunir dados sobre LER, fundamentados na pretensa e pulverizada emissão de cópias de CAT nas muitas dezenas de cidades onde o BANESPA tem agências, implicaria em um esforço nacional enorme, inexequível ou pouco produtor, quando o Banco detém todas as informações, atualizando, analisando e manipulando-as ao seu modo.

Bloqueada a possibilidade de investigar a doença com base nas informações oficiais do próprio banco, restava abrir outros caminhos. A primeira intenção fora começar estudando a incidência e prevalência da LER entre os trabalhadores do BANESPA e as CAT poderiam ser um ponto de partida, mas os contatos com o Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) também foram francamente desestimulantes.

A CAT é um documento oficial de preenchimento obrigatório pela empresa para notificar a ocorrência de acidentes ou doenças do trabalho dos seus empregados à seguradora estatal, o Instituto Nacional de Seguro Social da Previdência Social. É um documento antigo e valioso, embora rudimentar, cuja finalidade principal é para que sua perícia médica inicie procedimentos de rotina, com vistas ao arbitramento de pedidos de benefícios previdenciários. O laudo do exame médico (LEM), contido no verso, se resume a algumas linhas e traz o diagnóstico de um primeiro examinador que pode ou não ser convalidado. É um documento síntese, que funciona como passaporte do trabalhador entre o médico que o assiste, a empresa e o INSS.

Diante dos obstáculos institucionais para conhecer a realidade da questão LER com base nas informações da empresa ou do INSS, voltamo-nos para tentar nos aproximar dessa realidade com base em informações construídas a partir dos próprios trabalhadores adoecidos. Nesse particular, a relação dos 1.223 adoecidos do trabalho obtida da CABESP, em julho de 1994, foi muito oportuna, pois nela constavam seus nomes, locais de trabalho e endereços.

A mobilização desses trabalhadores tinha propósitos que iam muito além da coleta de informações para a realização de uma eventual pesquisa acadêmica. Dentro de uma hierarquia de objetivos, essa ficava em segundo plano, como forma de validar o conhecimento de uma realidade até aqui negada e ocultada. Os principais objetivos eram conhecer e discutir coletivamente sobre o que fazer com relação aos múltiplos problemas trazidos pelas LER e, com base nas experiências dos trabalhadores, elaborar propostas de ação que corressem ao encontro de suas demandas enquanto adoecidos e assentar as bases de um movimento coletivo capaz de obter amplo apoio e respaldo social.

Decidido pela diretoria da AFUBESP que os 1223 adoecidos deveriam ser todos convidados, cada um recebeu três sucessivos convites no espaço de 20 dias para participar do *Encontro dos Banespianos sobre LER*, realizado na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo em 26 de agosto de 1994.

A expectativa quanto à presença dos adoecidos é que comparecessem em torno de 120, ou seja, um décimo dos trabalhadores notificados ao INSS. Compareceu o triplo, ou seja, 380, mais do dobro da capacidade do maior anfiteatro da Faculdade de

Saúde Pública da Universidade de São Paulo, o Paula Souza, onde se realizou a plenária de abertura.

Impressionante aquele auditório superlotado de pessoas jovens e adoecidas, predominantemente mulheres, expressando publicamente a sua dor, medo, revolta e esperança, juntas pela primeira vez, percebendo como eram tantas e que o drama até agora individualmente vivido era, de fato, coletivo.

A plenária preparatória para as reuniões em grupo que deveria durar meia hora, acabou durando duas, porque entre os convidados que tomaram assento à mesa, estava o Diretor do Departamento de Recursos Humanos do Banco, gerando sucessivos questionamentos, alguns muito duros, sobre as políticas e ações da empresa referentes às LER.

Afinal, em nove salas da Faculdade foram iniciadas as reuniões de trabalho em grupo, com a finalidade principal de discutir ações a serem executadas, tomando como base um elenco preliminar de propostas elaboradas pela direção da AFUBESP. Depois de quatro horas de discussão, cada grupo apresentou seu relatório na plenária de encerramento, consolidados posteriormente pelo núcleo de saúde em um relatório único que passou a nortear os trabalhos da associação relativas às LER.

Foi nos grupos de trabalho do Encontro, antes das discussões, que foram aplicados os primeiros 200 questionários do estudo de caso sobre as LER no BANESPA. Outros 400 foram recebidos por mala postal.

Fazendo e refazendo

Discorramos, um pouco, sobre o caminho aberto e percorrido para a concretização desse estudo, simultaneamente quantitativo (Yin, 1994) e qualitativo referente aos 525 trabalhadores do BANESPA que responderam o questionário, de um total conhecido de 1223 adoecidos com LER.

Sob o ponto de vista estatístico, os *casos* estudados se definem como uma *amostra não probabilística* do total da população objeto de notificação ao Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) até a data de 08.04.94. Essa população notificada não quer dizer que fosse, nem mesmo nessa data, a do total dos adoecidos de LER no banco, já se presumindo, na ocasião, haver considerável subestimação. Até por isso, não se cogitou que as inferências a serem elaboradas com base nos dados da amostra, pudessem ser transpostas para o conjunto dos adoecidos, cujo número, de antemão, assumia-se desconhecer.

Ao convidar os 1223 adoecidos para o *Encontro* onde foi iniciada a aplicação do questionário, não se tinha qualquer ilusão sobre o número dos possíveis presentes, ao final muito superior ao esperado, tanto que os 200 formulários impressos foram todos utilizados. Nem mesmo quando se remeteu, em um segundo momento, o questionário por via postal, conforme prometido aos que não tiveram acesso a ele, tinha-se a pretensão de obter informações de uma *amostra representativa* dos adoecidos e construir *médias* sobre suas situações, sintomas, estádios de sua doença e cuidados médicos, e extrapolá-las para o *universo* supostamente conhecido.

Convidaram-nos para que comparecessem, e a todos mais de uma vez, com a intenção sim, de colher o máximo possível de informações e, simultaneamente, fazer da ocasião e do próprio instrumento assim distribuído e aplicado, um elemento a mais de reflexão; e a partir daí, elaborar melhor o conhecimento sobre a realidade das LER no banco, tão pouco conhecida de todos *do lado de cá*, com a intenção deliberada de dar suporte a possíveis ações, com base nas manifestações e propostas dos trabalhadores adoecidos e mobilizados, ou seja, em processo de *tomada de consciência*.

A empresa, apesar dos dados que retém, também só conhece fragmentariamente a realidade sobre o adoecimento e os adoecidos, condenada a observar do seu ângulo e interpretar a seu modo os dados que manipula, obviamente na perspectiva dos seus interesses, sendo oportuno lembrar sua condição irrenunciável de empresa capitalista, a despeito do controle acionário estatal e que, como qualquer outra, explora força de trabalho e persegue lucro. Nessa perspectiva e circunstâncias, seu modo de ver a realidade, *do lado de lá*, é duplamente parcial porque a um só tempo restrito e tendencioso.

Também é duplamente parcial o modo de ver dos trabalhadores, mas seus interesses são de outra natureza, em primeiro lugar, porque se trata de garantir a sobrevivência e em segundo, porque precisam resguardar ou recuperar a saúde perdida para continuarem vendendo força de trabalho.

Assim, as relações conflituosas entre capital e trabalho se projetam para o campo da investigação e passam a constituir, também, parte da própria realidade a ser investigada. Uma realidade social e inerentemente dinâmica, onde as circunstâncias têm sempre um peso muito grande na determinação dos métodos de investigação, sobretudo se ela, em si, pretende ser um instrumento assumidamente para ação.

Apesar dos inúmeros obstáculos e das limitações, a aplicação do questionário mostrou-se profícua e oportuna, ao permitir um estudo *quantitativo* da amostra, sob muitos aspectos expressiva e importante daquele universo mas que em tempo algum, insiste-se, pretendeu representá-lo e que propiciou, *por acaso* (Gonçalves, 1986), um estudo *qualitativo* com base em depoimentos escritos e inesperados contidos nos

questionários; por último, abriu a possibilidade de outros estudos, em andamento, inclusive o preterido, de prevalência e incidência de LER entre bancários, com menor risco de distorções.

Na formulação e melhoria da compreensão do questionário, reproduzido no volume anexo à tese, tivemos a colaboração de duas dezenas de adoecidos que participavam mais assiduamente das reuniões dos núcleos de saúde da AFUBESP e do Sindicato dos Bancários de Campinas e Região. Com eles e outros sessenta adoecidos, o questionário foi testado quanto à facilidade de leitura e tempo de resposta, uma vez que o concebemos para ser preenchido pelos próprios adoecidos.

O questionário contém 149 quesitos, dos quais apenas cinco (a função, os diagnósticos médicos, medicamentos utilizados, fisioterapias e tratamentos não convencionais realizados) requerem mais que um simples assinalamento com um *x* entre alternativas excludentes de **sim** ou **não** na casela correspondente.

Afim de dar tratamento estatístico a todos, mesmo esses cinco foram posteriormente codificados. No caso da função utilizamos as três rubricas principais que definem a hierarquia funcional dentro da atividades bancária: (a) escriturário/caixa, (b) supervisor e (c) administrador.

No caso dos diagnósticos médicos, servimo-nos do Código Internacional de Doenças (CID) para classificá-los, segundo os tecidos mais atingidos, conservando o diagnóstico exclusivo de LER para os casos em que não havia tal especificação.

Em relação aos medicamentos, consultamos o Dicionário de Especialidades (DEF-92/93) publicado pelo Jornal Brasileiro de Medicina e editado pela Editora de Publicações Científicas Ltda. Tabulamos então os nomes de fantasia, as substâncias ativas e as ações terapêuticas e depois os agrupamos, segundo esse último item, em quatro grupos principais: (a) anti-inflamatórios e analgésicos; (b) corticosteróides; (c) antidepressivos e (d) de ação genérica, como as vitaminas.

Procedimento similar adotamos com relação aos tratamentos fisioterapêuticos convencionais e menos convencionais, agregando-os em função de suas parecesas.

Os 144 quesitos fechados referem-se à data de nascimento, sexo, estado civil, escolaridade, anos de função, tempo de trabalho, casos de LER na agência, data dos primeiros sintomas e do diagnóstico médico, exames complementares feitos, cirurgia indicada e realizada, psicoterapia indicada e realizada, continuidade do tratamento médico, alta do INSS, afastamento do trabalho, percepção de benefícios previdenciários, reabilitação profissional, incapacidade para o trabalho, retorno ao trabalho e ascensão na carreira.. Os quesitos de 128 a 148 se referem ao “*Self Report Questionnaire* (SRQ-20)”, de T.W.Harding & col., utilizado para a detecção de distúrbios não psicóticos ou psiquiátricos menores em populações, aplicado no Brasil,

com modificações, por Mari & Williams (1985, 1986), Pitta (1990) e Silva Filho (1992).

Na última folha do questionário, em branco, pedia-se: "*registre outros dados ou observações que quiser*".

Salvo algum erro de endereçamento todos os 1223 adoecidos que constavam da relação nominal obtida em julho de 1994 receberam o questionário. Para os que não o devolveram, mandamos, ao menos, uma outra vez.

Dos primeiros duzentos questionários preenchidos no Encontro, doze foram invalidados por estar insuficientemente preenchidos ou preenchidos por participantes que não eram do BANESPA. Dos 400 recebidos por mala postal só foram incluídos 337 devolvidos até a data aprazada de 30.10.94. Do total dos 525 questionários que integram essa pesquisa, apenas sete não estavam subscritos por seus autores.

Face à dualidade de datas e situações no preenchimento e coleta dos questionários, procedemos inicialmente ao tratamento e tabulação dos primeiros 188 entregues durante o Encontro na Faculdade de Saúde Pública. Juntamos os outros 337 após verificar que não havia diferenças significativas entre os dados dos dois conjuntos.

Dos 188 questionários do Encontro, 102 continham em sua última folha destinada a observações, declarações, algumas muitas extensas que, logo se percebeu, davam vida e forma aos quesitos do questionário. Acabamos por acolhê-las como *depoimentos* e incorporamo-las à pesquisa, para uma abordagem qualitativa. O mesmo fizemos as outras 243 declarações contidas nos questionários recebidos por mala postal.

Recorremos, também, a dados secundários e oficiais originários da administração do banco e da CABESP relativos ao número de trabalhadores por função, escolaridade, sexo e distribuição por estados e regiões no Estado de São Paulo, para análise comparativa dos dados construídos.

Em primeiro lugar descreveremos e comentaremos os aspectos quantitativos da nossa amostra, em parte, objeto de uma publicação especial (Ribeiro, 1995) com uma tiragem de três mil exemplares dirigida aos bancários adoecidos e administradores do BANESPA, conforme compromisso assumido com os primeiros.

Para a análise estatística das 149 questões contidas no questionário, utilizamos o Epi-Info-50 e programas pertinentes disponíveis no Centro de Informática do Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Contando e lendo nas linhas e entrelinhas

Caracterização da Amostra:

Estado civil, gênero e escolaridade

A tabela 18 dá a distribuição da amostra por estado civil e gênero:

Tabela 18 - Estado civil e gênero dos trabalhadores adoecidos de LER do BANESPA.1994

Est. Civil/ Genero	FEMININO		MASCULINO		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%
Casados	274	64,0	57	66,3	331	64,4
Solteiros	105	24,5	24	27,9	129	25,1
Outros	49	11,5	5	5,8	54	10,5
Total	428	100,0	86	100,0	514	100,0

Trata-se , como se percebe de uma amostra predominantemente feminina (83,2%) e casada (64,4%). Nesse ultimo particular as diferenças de gênero não são significativas.

A tabela 19 dá a distribuição por gênero e escolaridade da amostra:

Tabela 19- Escolaridade e gênero dos trabalhadores com LER da amostra do BANESPA. 1994

Escolaridade/ Genero	Feminino		Masculino		Total	
	N	%	N	%	N	%
1º grau	17	4,1	11	13,1	28	5,6
2º grau	124	29,6	21	25,0	145	28,8
superior completo	196	46,8	34	40,5	230	45,7
superior incompleto	82	19,6	18	21,4	100	19,9
Total	419	100,0	84	100,0	503	100,0

A escolaridade da amostra é elevada, 66% tendo curso superior completo e incompleto, 29% o 2o. grau e 6% o 1o. grau. A escolaridade feminina é mais elevada: 66% com nível superior completo ou incompleto, 30% com 2o. grau e 4% com 1o.

grau. No gênero masculino, 62%. tem curso superior completo ou incompleto, 25% tem curso do 2o grau e 13% curso do 1o. grau.

Há mais de duas dezenas de anos que os concursos de ingresso no BANESPA exigem como escolaridade mínima o segundo grau completo. Essa exigência, salários diretos até recentemente razoáveis, e salários indiretos atrativos, como assistência médico-hospitalar diferenciada, previdência especial, etc, atraíram por sua vez, muitos trabalhadores com escolaridade de nível superior e estimularam aos que ingressavam no banco a elevá-la na esperança de fazer carreira

Aqui, há dois aspectos a ressaltar. É fato inédito que profissionais com esse nível de escolaridade sejam vítimas coletivas de doenças do trabalho, de modo tão flagrante. Outro é que em outras categorias de trabalhadores, os que adoecem de doenças tipificadas como do trabalho, fazem- no no exercício de suas profissões ou ocupações, mesmo no caso das LER. Não é o que ocorreu, ao menos com 65,6% dos adoecidos da amostra. Embora tendo ou fazendo curso superior que não exercem, eles adoeceram no exercício de funções e tarefas que pouco têm a ver com profissões que escolheram. Se assim não fora , não estariam no chão ou rés da empresa, isto é, no seu nível hierárquico inferior. Até onde essa falta de perspectiva, que não deve ser confundida com o conceito genérico e impreciso de insatisfação, integra a patogenia do trabalho dos trabalhadores do banco ?

Uma questão de gênero ?

A distribuição por gênero do total de casos notificados de LER pelo banco e da amostra se encontra na tabela 20:

Tabela 20- Distribuição dos casos notificados de LER e da amostra por Genero no Banespa.1994

gênero	total de casos (1)		amostra	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
<i>feminino</i>	965	78,9	438	83,4
<i>masculino</i>	258	21,1	87	16,6
total	1223	100,0	525	100,0

Fonte: 1.Caixa de Assistência e Benefícios do Banco do Estado de São Paulo (CABESP), abril de 1994

A predominância feminina dos casos notificados e da amostra coincide e é absoluta. Poder-se-ia questioná-la, se houvesse uma participação predominantemente

feminina dos trabalhadores sujeitos. Não é o caso. De uma população de 23.891 trabalhadores situados na escala hierárquica inferior do banco, incluídos os supervisores, havia 13.239 (55,4%) mulheres e 10.652 (44,6%) homens(tabelas 13 e 14), resultando em taxas de ocorrência de LER, respectivamente de 7,3% e 2,4%. Trata-se, portanto, de uma prevalência efetivamente maior no gênero feminino, ao menos nesse banco.

Correm algumas hipóteses explicativas para a diferença de prevalência de LER entre os dois gêneros, encontrada ou citada com frequência por vários autores. Invariavelmente, elas se referem às especificidades biológicas, sexuais ou psico-afetivas da mulher, reais ou imaginárias (Lucire, 1986; Krom & col., 1990). Ainda que venha a se comprovar que um ou vários desses componentes possam estar associados às LER no gênero, é pouco provável que justifiquem disparidade tão grande. Poderão, talvez, agravar os sintomas ou precipitar o processo de adoecimento, mas dificilmente causá-lo.

Pesquisas sobre causalidade biológica ou psíquica da prevalência de LER no gênero feminino devem ser estimuladas, mas nossa tese é de que a patogenia geradora desse adoecimento está no trabalho. Em algumas ocupações predominantemente exercida por homens por requerer maior esforço físico, as LER são muito frequentes. Os estudos de Silverstein (Couto,1991) e de muitos outros o confirmam. É, portanto, o trabalho que deve ter a prioridade das investigações e não a suposta fragilidade ou gênero de suas vítimas. Por outro lado, meras especulações ou impressões podem ganhar contornos discriminatórios contra a mulher e a força de trabalho feminina, reduzindo ainda mais seu valor. Isso é preocupante, na medida em que as novas tecnologias, na forma em que estão sendo incorporadas e administradas, ao mesmo tempo em que dispensa o uso da força muscular, restringem o mercado de trabalho para ambos os sexos.

Tempo de sujeição e idade

O tempo médio de trabalho na atividade bancária ou similar medida em anos, computando tempo de trabalho no BANESPA, em outros bancos e em atividades correlatas foi de 15,1 anos para o total da amostra. Para 468 (89,1 %) dos que haviam exercido atividades em outros bancos antes de entrar no BANESPA, a média caiu para 13,5 anos. Para os 433 (82,5 %) dos adoecidos que só trabalharam no BANESPA, a média de tempo de serviço foi de 12,5 anos. Trata-se, portanto, de uma população que

em sua grande maioria e por um tempo bastante longo, esteve sujeita ao mesmo tipo de trabalho.

Embora esses dados sugiram que a doença haja ocorrido após um longo período de sujeição, o que poderia levar à conclusão precipitada de que se trata de um trabalho com baixa patogenicidade, é preciso tomar em conta que, na quase totalidade dos casos, ela começou a aparecer depois de 1990. O aparecimento simultâneo da doença em tantos trabalhadores leva à hipótese de que, apesar de ser por todo tempo o mesmo tipo de trabalho, isto é, ser um *trabalho bancário*, haja ocorrido mudanças em seus componentes capazes de elevar sua patogenicidade. Que o tempo para o aparecimento dos primeiros sintomas de LER pode ser menor, na dependência da natureza e componentes do trabalho, outros autores já tinham assinalado (Miyake e col., 1982, op.cit.; Bammer, 1987, op.cit.).

Um outro dado que reforça essa hipótese, é a distribuição da doença por faixas de idade. A tabela 21 permite a comparação dessa variável da amostra com uma disponível em 1990 em três faixas de idade

Tabela 21- Distribuição do total de trabalhadores do Banco em 1990(1) e dos adoecidos de LER da amostra de 1989 a 1994 por faixa etária.

Faixa Etária	Total em 1990		Adoecidos/ 1989 a1994	
	nº	%	n	%
até 30 a	9417	26,15	101	19,24
De 30 a 39 a	18445	51,20	292	55,62
acima de 39 a	8160	22,65	132	25,14
Total	36.022	100,00	525	100,00

Fonte: (1) Ribeiro, 1990.

Em 1990, pouco mais de 77% dos trabalhadores do BANESPA tinham menos de 40 anos e 26% menos de 30, distribuição muito parecida à dos trabalhadores adoecidos, 74% tendo menos de 40 anos e 19% menos de 30. As taxas de ocorrência de LER da amostra em relação ao total de trabalhadores nas três faixas etárias foram, respectivamente, de 1,1%, 1,6% e 1,6%.

Certamente, cada uma dessas populações ingressaram no banco em tempos diferentes, a mais idosa, acima de 40 anos, tendo mais tempo de banco. No entanto, a taxa de ocorrência de LER foi a mesma da faixa entre 30 a 39 anos, certamente com menor tempo de banco. Menos tempo de banco devem ter os trabalhadores abaixo de 30 anos de idade, o que não impediu que tivessem LER, embora com uma taxa de ocorrência mais baixa.

A população de 36.022 de trabalhadores em 1990 é um dado de momento. Nos quatro anos que se seguiram ela caiu para 34.795 (Banespa, 1994), ou seja, houve em quatro anos uma redução de 1.365 (3,8%) trabalhadores, decorrente de falecimentos, demissões e, provavelmente em maior número, de aposentadorias. Desconhecemos como se distribuiu, por faixa etária e por ano, essa baixa e a incidência de LER no período; dados que nos proporcionariam análises e conclusões mais precisas. A despeito disso, a partir dos dados disponíveis, pode-se sustentar algumas das hipóteses e levantar outras .

O *tempo de sujeição*, termo que se adotou em substituição à expressão *tempo de exposição* que nos parece demasiadamente neutra, é um componente importante, mas não único, da patogenia do trabalho bancário que parece ter sido agravada nos últimos dez anos e, provavelmente, mais nos últimos cinco. A se concluir pelos dados disponíveis, a idade não está entre os componentes capazes de justificar a evolução das LER no BANESPA, hipótese sempre lembrada, dada a uma presumida rigidez das articulações e enfraquecimento músculo-tendinoso, aliados a alterações endócrinas que acompanhariam a " *segunda idade*".

Entre os adoecidos, 25% tinham mais de 40 anos e tempos de serviço invariavelmente superiores a 12 anos. Os 19% adoecidos com menos de 30 anos de idade têm tempo de serviço, em média, menor de 10 anos. Os 56% dos adoecidos na faixa de 30 a 39 anos têm tempo de serviço intermediário, entre mais dez e menos 15 anos

A ocorrência de LER nos últimos anos, em todas as faixas de idade e numa proporção importante na mais jovem, sugere, que além do tempo de sujeição, alguma coisa mudou no trabalho, mais provavelmente em seu conteúdo e organização. A questão da não existência ou ocorrência baixa de LER antes de 1990, agora tão elevada sugere que a hipótese se sustenta.

O adoecimento por uma doença potencialmente incapacitante em idades tão precoces, remete o problema para o âmbito social, econômico-financeiro e previdenciário. As LER impõem afastamentos prolongados do trabalho, pagamento de benefícios previdenciários, exames complementares de custo elevado e tratamento médico caro. Nos casos de incapacidade definitiva, os auxílios acidentários vitalícios deverão ser pagos por um tempo raramente inferior a trinta anos, se tomarmos como referência a expectativa de vida atual da população brasileira

Função e hierarquia

A distribuição dos adoecidos da amostra por função se encontra na tabela 22.

Tabela 22- Adoecidos de LER da amostra do Banespa segundo a função. 1994

Função/adoecidos	n	%
<i>Escriturário/caixa</i>	426	85,9
<i>Outros Escriturários</i>	45	9,0
<i>Escriturário supervisor</i>	24	4,8
<i>Administrador</i>	1	0,2
<i>total</i>	496	100,0

Dos 525 adoecidos da amostra, 426 eram escriturários/caixas, 45 eram escriturários com outras funções (telefonistas, arquivistas, auxiliares de secretaria, digitadores, etc.) e 24 eram supervisores, isto é, escriturários comissionados para a administração inferior, em geral ex-caixas, que freqüentemente os substituem e cujas tarefas não diferem muito entre si. Apenas um adoecido era da administração superior. Em suma, 95% dos adoecidos pertenciam à hierarquia inferior e apenas 0,2% à superior.

Além de pertencerem ao nível hierárquico inferior, os adoecidos da amostra eram trabalhadores que há longo tempo exerciam funções de escriturário/caixa e assemelhadas.

É plausível a presunção de que a doença ocorra, prevalentemente, entre os escriturários, ou seja, entre os trabalhadores situados na hierarquia mais inferior e muito raramente nos que exercem a administração superior ou média. Haveria, portanto, uma seletividade no adoecimento por LER, que tem muito a ver com a diferença hierárquica funcional, com o conteúdo do trabalho e as relações de subordinação, com o tempo de sujeição e o gênero e nada ou muito pouco com a idade. A partir daí fica mais fácil entender as razões da subnotificação e taxas de ocorrência e prevalência tão desiguais.

A subnotificação

A distribuição dos trabalhadores que exercem essas funções hierárquicas inferiores (HI) nos estados onde o BANESPA tem agências se encontra na tabela 23. Na coluna do centro está a distribuição dos casos notificados de LER e na outra coluna as taxas de ocorrência, tomando como denominador a população hierarquicamente subordinada.

Tabela 23-População de trabalhadores situados na hierarquia inferior (HI), casos notificados (LER) e taxas de ocorrência no Banespa por Estado. 1994.(1)

Estados	HI	LER	%
<i>S.Paulo</i>	17963	1169	6,5
<i>Minas Gerais</i>	225	17	7,6
<i>Santa Catarina</i>	222	15	6,8
<i>Rio de Janeiro</i>	487	7	1,4
<i>Paraná</i>	303	5	1,6
<i>Rio Grande do Sul</i>	183	4	2,2
<i>Rio Grande do Norte</i>	69	2	2,9
<i>Espírito Santo</i>	41	1	2,4
<i>Pará</i>	42	1	2,4
<i>Mato Grosso</i>	52	1	1,9
<i>Distrito Federal</i>	141	1	0,7
Total	19428	1123	6,3

Fonte: 1. CABESP, abril de 1994.

Pode-se observar que as taxas de ocorrência são mais elevadas e próximas entre si, nos Estados de São Paulo, Santa Catarina e Minas Gerais e que as taxas dos outros estados, muitas mais baixas, estão próximas umas das outras

Observe-se que 17.963 (91%) dessa população está no Estado de São Paulo, distribuída desigualmente entre a capital, região metropolitana e interior e que a distribuição e taxas de ocorrência de LER é desigual, conforme a tabela 24.

Tabela 24-População de trabalhadores situados na hierarquia inferior (HI), casos notificados (LER) e taxas de ocorrência (%) no Banespa da Capital, Região Metropolitana(RM) e Interior do Estado de São Paulo. 1994

Área	HI	LER	%
<i>Capital</i>	5539	683	12,3
<i>R.M</i>	1776	161	9,1
<i>Interior</i>	10648	325	3,1
Total	17963	1169	6,5

Fonte: CABESP, idem

Nota-se que a taxa de ocorrência é maior na Capital que na Região Metropolitana e quatro vezes acima a do Interior. São disparidades muito grandes entre os três primeiros estados e os demais e entre a Capital e Região metropolitana com o Interior do Estado de São Paulo para que se as atribuam a causas externas ao circuito médico / empresa / INSS. E se atentarmos para a progressão dos registros ou

notificações no período, poucas dúvidas restarão que as causas dessas disparidades são endógenas ao circuito.

Para testar a hipótese, analisamos a distribuição anual e taxa de ocorrência de casos notificados pelo banco ao INSS na região de Campinas, São Paulo, única onde temos acesso às cópias das CAT, fornecidas por força de lei, pela empresa ao sindicato.

O banco tinha na região, em 1995, novembro, 1.554 trabalhadores situados nas diversas hierarquias. Até junho de 1996, tinham sido notificados 157 casos de LER, resultando numa taxa de ocorrência de 10% ligeiramente abaixo da taxa de ocorrência na capital (tabela 7), sem considerar o fato que para esse exercício comparativo, utilizamos como denominador o número total dos trabalhadores e não aqueles situados na hierarquia inferior. Ou seja, ao menos na região de Campinas, a taxa de ocorrência de LER, praticamente se iguala às da Capital e da Região Metropolitana.

Dos 525 adoecidos, 337 (64 %) anotaram que sabiam de 2 a 4 colegas de trabalho que tinham sintomas, mas não haviam ido ao médico. Ou seja, havia algumas centenas de trabalhadores com sintomas presumíveis de LER que ainda não tinham ido ao médico.

Ainda que ter sintomas de LER não signifique, necessariamente, tê-las, é provável que muitos as tivessem. Sem dúvida, é natural um espaço de tempo entre os sintomas de qualquer doença e a ida ao médico. No caso da nossa amostra esse tempo foi, em média, de onze meses. Uma demora longa, se atentarmos que no caso, a dor é onipresente e esses trabalhadores têm livre e amplo acesso aos serviços médicos credenciados por sua caixa beneficente e se submetem, ainda que saibamos ser de modo formal, a exames periódicos anuais.

A ida ou não ao médico pode não ser uma livre manifestação da vontade. Certamente não o é quando as queixas estão relacionadas ao trabalho. A obrigatoriedade dos exames periódicos deixa isso bem claro. O irrompimento de casos de LER no banco após 1989, que atingiu seu pico em junho de 93 e as médias mensais e diárias dos casos notificados dão a impressão de que essa fluência não é espontânea, isto é, não corre por conta do aparecimento dos *casos novos*, mas sim à liberação da informação, assemelhando-se à alternância do fechamento-abertura-fechamento das comportas de uma represa, resultado de pressões e contrapressões, ora favorecendo a emergência e notificação de casos, ora reprimindo-as. Esse comportamento pragmático da administração tem impedido que se conheça a prevalência e incidência das LER dentro da empresa e o acompanhamento mais de perto de sua evolução.

Os depoimentos que logo em seguida analisaremos parecem conduzir à tese de que a *negação* e *ocultação* das LER é um fenômeno bilateral. Da parte dos trabalhadores, as LER estavam e estão represados pela desinformação, negação,

ocultação e medo. Medo de ficar doente, de tornar-se incapacitado para o trabalho, de ser discriminado, de não ascender na empresa, de ser demitido. Esse medo é alimentado pelas práticas cotidianos de gerentes e administradores que são os instrumentos principais da política organizacional de negação/ocultação. À medida que as informações sobre a natureza da doença fluem e os trabalhadores sentem-se respaldados por suas entidades, a ida ao médico acaba se concretizando, em fluxos ou ondas, bem diferente do fluxo das epidemias.

O não querer ir ao médico de trabalhadores sintomáticos ou a ida tardia dos trabalhadores da amostra, em média de onze meses entre os primeiros sintomas e o diagnóstico médico, fazem parte do mesmo fenômeno de negação e ocultação que diante das pressões e contra-pressões se flexibiliza, levando à subnotificação maior ou menor, mas sempre presente. São cúmplices, o médico do adoecido que não estabelece o nexo entre trabalho e as LER, o administrador local que se nega ou retarda a emissão da CAT, o perito do INSS que recusa o diagnóstico do médico que assiste o doente e o técnico do serviço especializado da empresa que sonega a informação.

Uma doença sem modelo ?

O diagnóstico

“ A tabela 25 se refere aos diagnósticos médicos.

Tabela 25- Número e diagnósticos dos casos de LER da amostra do BANESPA.1994

DIAGNÓSTICOS	Nº	%
LER sem especificação	145	16,3
Tenossinovite	303	20,5
Miosite,etc	182	20,5
Tendinite, sinovite, etc.	168	18,9
Neurites periféricas	91	10,3
total	889	100,0

Da amostra, 145 tinham o diagnóstico genérico de *lesões por esforços repetitivos*. Os outros 380 diagnósticos eram específicos, em geral mais de um, resultando em um total de 744 diagnósticos. O mais freqüente era o de tenossinovite que aparecia 303 vezes; seguindo-se, pela ordem de freqüência, o de miosite, tendinite e sinovite, e as compressões nervosas, que aparecia 91 vezes. As freqüências das

lesões específicas acompanham as referidas por autores de outros países (Kuorinka, Forcier & col., 1995)

Quanto aos 145 diagnósticos genéricos de LER vale discutir seu significado, começando por lembrar que os diagnósticos são referidos pelos próprios adoecidos, que podem estar ou não suficientemente informados da própria doença, a depender da qualidade do relacionamento com seus médicos. Depende, também, da capacidade do profissional em fazer diagnósticos mais precisos. Mas não devemos esquecer que o termo *lesões por esforços repetitivos* (LER) refere-se, justamente, a um conjunto de lesões pluri-tissulares que provocam uma sintomatologia difusa, não necessariamente localizada, ou seja, é um diagnóstico em si, ao par dos outros de tenossinovite, sinovite, tendinite, etc. (Kuorinka, Forcier & col.,1995, op.cit.).

A indicação sobre os segmentos e lado dos membros superiores atingidos pelos adoecidos da amostra se encontram na tabela 26.

Tabela 26-Segmentos e lados atingidos pelas LER dos membros superiores da amostra do Banespa,1994

Segmento/ lado	Esquerdo		Direito		Ambos		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
coluna	18	9,6	83	44,6	85	45,7	183	35,4
pescoço	14	5,8	129	53,5	98	40,7	241	45,9
ombro	33	8,4	212	53,8	149	37,8	394	75,0
braço	22	5,8	185	49,0	170	45,0	377	71,8
cotovelo	33	10,0	179	54,4	117	35,6	329	62,7
antebraço	18	5,0	182	51,3	155	43,7	355	67,6
punho	24	5,0	206	43,1	248	51,9	478	91,0
mão	24	6,0	184	46,2	190	47,7	398	75,8
dedos	22	6,6	172	51,8	138	41,6	332	63,2

As lesões são mais freqüentes à direita, sempre acima de 43%, ou bilaterais, acima de 35%. Juntas, a lateralidade à direita e a bilateralidade representam mais de 90%, ou seja, a localização exclusivamente à esquerda é bem pouco freqüente. O fato depõe a favor de que elas estão relacionadas ao uso, melhor, ao uso excessivo dos dois membros superiores, ou do direito, no decurso do trabalho, razão porque a CID-10 utiliza a mesma expressão dos autores anglo-saxões que as chamam de *occupational overuse syndrome*. Se elas não fossem consequência do uso abusivo, sua localização seria aleatória, atingindo , indiscriminadamente qualquer lado. Reforçam a tese, o fato delas se localizarem, simultaneamente, em vários segmentos e predominarem

naqueles mais exigidos, tanto que o punho é atingido em 91% dos casos e a coluna somente em 35%.

A multiplicidade e bilateralidade achadas colocam algumas questões importantes para a compreensão da doença e a impropriedade das abordagens terapêuticas tópicas, que privilegiam um ou outro segmento. Não é para estranhar o fracasso de procedimentos fisioterápicos e cirúrgicos com enfoque localizado, descuidados da multivariiedade das lesões e de sua causalidade principal, o trabalho.

O comprometimento elevado dos punhos (91%) e das mãos (76%) indicam que os movimentos repetitivos impostos pelo trabalho são a causa mais próxima, mas o envolvimento elevado dos outros segmentos, principalmente do ombro (75%) e braço (72%) sugere que a sobrecarga músculo-esquelética estática, em função da postura dos membros superiores no trabalho é, também, uma causa imediata, simultânea e não desprezível, resultante da fadiga crônica, razão pela qual, no Japão, Alemanha e países escandinavos,a doença leva o nome de *occupational cervicobrachial disorders*

A tabela 27 traz o tipo e os resultados dos exames complementares referidos pelos adoecidos.

Tabela. 27- Tipos e resultados dos exames complementares realizados pelos adoecidos de LER da amostra do Banespa.1994.

Exames	Informados		Positivos		Negativos		Desconhecidos	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ultra som	360	68,6	292	81,1	21	5,8	47	13,1
RX	348	66,3	165	47,4	121	34,8	62	17,8
E.n.m.grafia	255	48,6	135	52,9	89	34,9	31	12,1
Tomografia	55	10,5	31	56,4	18	32,7	6	10,9
Ressonância	46	8,8	25	54,3	14	30,4	7	15,2

A exceção do RX, com uma positividade referida de 47%, os demais exames complementares tiveram uma positividade acima de 50% e a ultra-sonografia, uma positividade de 81%. Sabe-se, no entanto, que a negatividade desses exames não invalida o diagnóstico das LER sobretudo nos primeiros estados da doença, quando eles são habitualmente negativos, porque as modificações teciduais provocadas pelo processo inflamatório não são captadas nem pelos mais sensíveis deles. A elevada positividade desses exames na amostra, leva à suposição de que ela era constituída, predominantemente, por casos em estado avançado. Assim sendo, esses exames serviriam para avaliar a gravidade da doença. Deve-se, no entanto, ter cautela para não

transferir, automaticamente, essa presunção para o exercício da clínica e muito menos para classificar o estado da doença, particularmente quando se pretende arbitrar sobre incapacidade do trabalho e concessão de benefícios previdenciários. Se da positividade desses exames pode-se, até certo ponto, inferir sua gravidade maior ou estado mais avançado, sua negatividade não a exclui, sendo possível encontrar casos graves que não tenham expressão em imagens ou traçados.

A eletroneuromiografia foi solicitada em pouco menos de metade dos casos e positiva em um quarto, sugerindo envolvimento freqüente dos nervos periféricos, aliás, comum nas LER. Essa positividade, contudo, não é conclusiva para se afirmar o diagnóstico de síndromes neurológicas compressivas referidas, apenas, por 10% dos adoecidos da amostra.

Todos esses exames têm preços altos e um deles, a eletroneuromiografia, é bastante desagradável. Como as lesões atingem simultaneamente vários segmentos e são bilaterais, seus custos se elevam. A razão principal para sua utilização criteriosa não seria por tais objeções, mas por sua habitual negatividade nos estados iniciais das LER, bem mais freqüente do que os casos em estados mais avançados. Realizá-los ou exigir sua realização nos estados iniciais corre ao encontro do interesse de descaracterizá-las como doença do trabalho. Por outro lado, dificultar sua realização quando necessária, sob o pretexto de sua baixa sensibilidade, preços altos, abuso ou imperícia do solicitante e, ao mesmo tempo, apregoar fora do tempo e do lugar que *"a clínica é soberana"*, é desprezar toda a relevância do problema, especialmente as necessidades do adoecido. O que se deve querer desses exames não é convalidar ou invalidar diagnósticos, mas avaliar, quando for o caso, a gravidade da doença em benefício do doente.

É bom lembrar que a validação de qualquer exame complementar repousa em dois pré-requisitos: a qualidade técnica quando da sua realização e a capacidade de quem os interpreta e elabora os laudos, sobretudo quando se trata de exames de imagem. Em suma, em qualquer deles há forte componente de subjetividade. Isso tem suscitado muita discussão sobre a possibilidade, não desprezível, de erros diagnósticos, nos dois sentidos, menos por afirmar a existência de uma doença inexistente do que negá-la quando existe.

O sofrimento psíquico

No início de 1993, passamos a ter uma convivência assídua com os adoecidos de LER, especialmente nos grupos constituídos dentro da AfUBESP e no Sindicato dos Bancários de Campinas visando estabelecer diretrizes para o encaminhamento

dos problemas relativos à assistência médica e previdenciária e ao retorno ao trabalho, prevendo-se, como aconteceu, que evoluiriam para propostas no campo da prevenção. Essa convivência permitiu perceber a presença muito evidente de sofrimento psíquico, embora variável em termos de intensidade. Não se lidava com eles, fique claro, como médico, havendo preocupação da assessoria de não emitir qualquer juízo de valor sobre a assistência que recebiam dos seus cuidadores fossem eles autorizados, isto é, profissionais de saúde, ou não.

O grupo, se assim pode ser chamado, era *político* e não terapêutico, embora muitos dissessem, após algum tempo, que participar dele tinha tido esse efeito, provavelmente por romper com o isolamento e a discriminação sociais. A ansiedade e a vontade de cada um em relatar *seu caso* era comum aos que ingressavam e a tolerância em ouvi-los fez-se grande, por todos vivenciarem essa mesma passagem antes de assumir uma postura mais coletiva. Conquanto houvesse sempre participantes mais ou menos permanentes, havia sempre saída de uns e entrada de novos. Ou seja o grupo participativo era aberto. Se, de um lado, essa circunstância diminuiu o nível de coesão e de eficácia em termos de elaboração política, propiciou, de outro, o conhecimento de um contingente mais largo de adoecidos em diferentes momentos de sua experiência e e a reflexão sobre alguns preconceitos e conceitos correntes.

Não se percebeu nesse espaço e em outros onde houve reuniões com os adoecidos o sentimento de fruição por *estar encostado na caixa*, ou seja de ganhar sem trabalhar, condição vivida com grande angústia. Ao contrário, a preocupação e a insistência era quando se daria a *volta ao trabalho*, uma necessidade existencial muito presente. Os possíveis “*benefícios*” previdenciários, como o auxílio vitálcio por incapacidade definitiva eram desconhecidos e raramente pleiteados, provavelmente porque seu pleito e gozo significariam, talvez, o reconhecimento público e irreversível da incapacidade, com conseqüências supostamente desfavoráveis na empresa onde trabalhavam. Eram, pois, flagrantes os sentimento de perda e medo, que somados à dor física, compunham os assentamentos do sofrimento mental.

Foi a percepção desses *sinais* que levou a incluir no questionário respondido pelos adoecidos de LER, as 20 questões propostas por Harding e col. para a detecção de distúrbios não psicóticos.

A tese é de que o sofrimento psíquico faz parte das LER e lhes dá a feição de uma *doença total* e não local. Esse sofrimento, obviamente subjetivo, tem componentes orgânicos, como a dor física, mas tem componentes sociais, objetivos, como a incapacidade de trabalhar.

O “Self Report Questionnaire (SRQ-20)” foi sugerido por seus autores em 1980 para ser utilizado como instrumento de “*screening*” de populações em unidades de cuidados primários, dentro da proposta da Organização Mundial de Saúde de estudar a

morbidade psiquiátrica em países em desenvolvimento. Os próprios autores o aplicaram nesse mesmo ano na Colômbia, Índia, Sudão e Filipinas. Foi, também, usado no Senegal em 1980 e em Quênia e China em 1983. No Brasil, ele foi utilizado pela primeira vez por Busnello em 1983.

Dos 20 sintomas suscitados pelo SRQ, 4 deles- *Dor de cabeça, falta de apetite, má digestão e sensações desagradáveis no estômago* - são de ordem somática. Os demais dizem respeito mais estritamente à área psíquica. Desses, o *sentir-se triste ultimamente, chorar mais do costume, perder o interesse nas coisas, realizar suas atividades diárias sem satisfação, não acreditar poder desempenhar um papel útil na vida, sentir-se uma pessoa inútil e ter idéias de acabar com a vida* são sintomas depressivos, os três últimos, sobretudo o último, severos. *Dormir mal, tremores nas mãos, sentir-se nervoso, tenso, preocupado, dificuldade de pensar com clareza, de ter que tomar decisões, sentir-se cansado o tempo todo, cansar-se com facilidade, sofrer com o trabalho, assustar-se com facilidade* são sintomas leves que dizem mais da ansiedade.

Mari & Williams aplicaram o SRQ no Brasil em 1985, avaliando sua *sensibilidade*, isto é, a capacidade de identificar os “casos verdadeiros”, e sua *especificidade*, ou seja, a capacidade de identificar os “casos normais” comparando com um outro instrumento, o “General Health Questionnaire (GHQ-12)”.

O estudo de Mari e Williams foi conduzido em três unidades primárias de saúde na capital de São Paulo, envolvendo uma amostra com 875 pessoas das quais 260 foram entrevistadas posteriormente por psiquiatras. A sensibilidade, especificidade, valor preditivo positivo, valor preditivo negativo do SRQ-20, no “ponto de corte” (“cut-off point”) entre 7 e 8 respostas positivas estiveram acima de 80% e muito próximas ao GHQ-12. Constataram os autores que o instrumento se prestava para avaliar a severidade do sofrimento, posto que quanto maior o número de respostas positivas, mais severos eram os casos ao exame psiquiátrico.

Pitta (1990) aplicou o mesmo SRQ-20 à população de 1.181 trabalhadores de um hospital geral, encontrando 20,8% de casos suspeitos adotando como ponto de corte aquele proposto por Mari e Williams. Também o fizeram Silva Fo. e col., no estudo com 1.200 bancários, já comentado nesse texto, encontrando taxas de 25% entre os 733 que trabalhavam em agências e de 23,6% para os que trabalhavam em uma das suas unidades administrativas e controladoras centrais (CESEC).

Com base nas frequências simples de respostas positivas do estudo de Silva Fo. & col. com a população de bancários supostamente sadios e as da amostra de adoecidos de LER, construímos a tabela 28, obedecendo a ordem decrescente das frequências.

Tabela 28-Frequências simples dos sintomas do SRQ-20 da amostra de adoecidos do BANESPA por ordem decrescente e da população de bancários de agências e CESEC (1) do Banco do Brasil, supostamente sadios, estudados por Silva Fo. & col.

Perguntas / Sintomas	BANESPA	B.Brasil	
	<i>LER</i>	<i>Agências</i>	<i>CESEC</i>
<i>Sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)</i>	85,7	66,4	62,5
<i>Cansa-se com facilidade</i>	69,5	24,4	28,1
<i>Dorme mal</i>	65,4	23,1	30,4
<i>Tem se sentido triste ultimamente</i>	64,6	37,7	34,3
<i>Tremores nas mãos</i>	62,7	10,9	7,3
<i>Realiza suas atividades diárias sem satisfação</i>	55,7	42,7	41,5
<i>Dor de cabeça frequente</i>	51,9	29,6	35,3
<i>Tem sensações desagradáveis no estômago</i>	49,7	23,2	25,1
<i>Sente-se cansado o tempo todo</i>	47,3	24,4	25,1
<i>Chora mais do que costumava</i>	46,0	12,3	12,0
<i>Faz má digestão</i>	46,0	19,9	22,9
<i>Assusta-se com facilidade</i>	43,7	36,6	22,1
<i>Tem dificuldade de pensar com clareza</i>	42,9	10,6	11,1
<i>Tem dificuldade para tomar decisões</i>	40,6	20,8	21,8
<i>Seu trabalho no emprego lhe causa sofrimento</i>	35,6	23,3	19,5
<i>Sente-se uma pessoa inútil</i>	31,2	3,5	3,6
<i>Perdeu o interesse nas coisas</i>	26,3	17,3	16,9
<i>Falta de apetite</i>	13,1	13,1	9,2
<i>Tem idéias de acabar com a vida</i>	5,9	3,0	1,5
<i>Não acredita poder desempenhar um trabalho útil na vida</i>	10,0	4,4	5,6

(1) CESEC: Centro de Serviços e comunicações do Banco do Brasil

Todos os sintomas dos adoecidos de LER têm frequências, em geral, duas vezes maiores que a dos bancários sadios, inclusive em relação aos mais severos, de fundo depressivo.

A tabela 29 traz as frequências e taxas acumuladas dos 20 sintomas do SRQ-20 da amostra dos adoecidos do BANESPA

Tabela 29- Frequências e taxas acumuladas do SRQ-20 da amostra de adoecidos do BANESPA.1994

		Taxas de Frequências	
Sintomas	Respostas Positivas	Simples	Acumulada
0	9	1.7%	1.7%
1	23	4.4%	6.1%
2	23	4.4%	10.4%
3	31	5.9%	16.3%
4	21	4.0%	20.3%
5	30	5.7%	26.0%
6	35	6.6%	32.6%
7	37	7.0%	39.7%
8	48	9.1%	48.8%
9	44	8.3%	57.1%
10	39	7.4%	64.5%
11	26	4.9%	69.4%
12	35	6.6%	76.1%
13	32	6.1%	82.2%
14	32	6.1%	88.2%
15	15	2.8%	91.1%
16	22	4.2%	95.3%
17	15	2.8%	98.1%
18	8	1.5%	99.6%
20	2	0.4%	100.0%
Total	527	100.0%	

Adotando o mesmo “ponto de corte” (“cut off point”) de 7/8 proposto, constata-se pela tabela 29 que 318 (60,3 %) dos adoecidos apresentam 8 ou mais sintomas psiquiátricos, ou seja são suspeitos de problemas psiquiátricos; para 161 (30,6 %) a suspeita é mais forte, uma vez que acusaram a presença de 11 ou mais sintomas e ainda muito maior para 62 (11 %) que registraram 15 ou mais sintomas. Trata-se, portanto, de um contingente populacional que não apenas apresenta um número elevado de suspeitos,como parece padecer de um sofrimento psíquico mais severo.

Desses doentes, 25 (41 %) tiveram indicação de psicoterapia e 128 (24 %) a estariam realizando ou a teria realizado. Tratar-se-ia de um sofrimento produzido pela doença, provavelmente tanto maior quanto sua gravidade e a ameaça da incapacidade de trabalhar e cuidar de si. Esse sofrimento inerente confere às LER o caráter de um adoecimento total, do corpo e da mente, físico e psico-social.

As terapias

Chamava atenção o elevado número de quimioterápicos que os adoecidos tinham usado ou ainda estavam usando. Os mais prescritos foram os do grupo dos analgésicos e anti-inflamatórios, invariavelmente mais de três ao longo do tratamento. A diversidade e o tempo sabidamente prolongado da doença faz supor a ocorrência de efeitos colaterais, principalmente, distúrbios gástricos e, com menor frequência, discrasias sangüíneas, que sinalizam os limites e as alternativas pobres da quimioterapia. Corticóides e analgésicos, algumas vezes, foram injetados localmente, apesar do quase consenso de que essa é uma prática pouco recomendável.

Os adoecidos da amostra foram *pacientes* de uma série de terapias físicas convencionais (tabela 30), havendo razões para suspeitar de uma utilização excessiva e aleatória, dada a escassa experiência de médicos e fisioterapeutas em lidar com uma doença, que sem ser nova, é de eclosão recente com as características atuais, entre elas, as da multiplicidade, bilateralidade e multivariiedade das lesões .

Tabela.30- Práticas fisioterápicas convencionais realizada pelos adoecidos de LER da amostra no Banespa/1994.

Fisioterapia	n	%
<i>ultra-som</i>	294	19,4
<i>ondas curtas</i>	195	12,9
<i>Exercícios</i>	152	10,0
<i>corrente elétrica</i>	148	9,8
<i>parafina</i>	128	8,4
<i>outras</i>	601	39,5
Total	1.518	100,0

Reforça a hipótese a recorrência a terapias não muito convencionais ou mesmos alternativas, algumas absolutamente inaceitáveis pelos cânones da medicina científica. Da amostra, 245 (40%) doentes haviam feito ou estavam fazendo

acupuntura e 109 (18%) reeducação postural global (Rpg), enquanto 41 (8%) apelaram para *passes* mágicos ou espirituais.

O que fica evidente no uso dessa parafernália terapêutica é sua baixa eficácia que não sabemos se dever à má indicação, uso desqualificado ou impropriedade inerente.

Mais grave, porém, é que 172 (32,7%) adoecidos tiveram prescrição de cirurgia e 71 (13,5%) a ela se submeteram. Sabendo que tal prática é uma exceção, reservada quase exclusivamente para as síndromes neurológicas compressivas e retrações fibróticas, pode-se afirmar que houve indicações e cirurgias em excesso.

Incapacidade e invalidez

As LER podem ter um curso invalidante. Os adoecidos da amostra ficaram, em média, 336 dias afastados do trabalho, portanto quase um ano. 87 (19%) tiveram incapacidade permanente parcial reconhecida pelo INSS e apenas 141 (32%) haviam tido *alta* previdenciária. Provavelmente porque nossa amostra era constituída de casos em estados mais graves, somente 28 (5%) haviam se tornado assintomáticos, enquanto 156 (31%) obtiveram melhora franca, 262 (52%) alguma melhora e 58 (12%) pioraram.

Apesar de 95% permanecerem sintomáticos, isto é, com a doença em curso, 276 (53%) retornaram ao trabalho, sendo 205 para outra função, 45 para a mesma e apenas 26 tiveram suas atividades diminuídas no trabalho.

Se por um lado esses dados sugerem que a empresa, de algum modo - ainda que de forma confusa e aleatória e, provavelmente, com pouco êxito - tentou relocar essas pessoas em funções e atividades que as sujeitassem menos às exigências do trabalho, por outro, preocupa o fato de pessoas sintomáticas, portanto doentes, estivessem a trabalhar, contrariando todos os princípios legais e éticos, obrigadas a abrir mãos de direitos, com risco de piorarem e comprometerem, mais ainda, sua saúde e sua capacidade de trabalho. Esses trabalhadores subordinados, conscientes mas inconformados com as perdas e por medo, acabam se curvando à situação, mostrando as dificuldades do retorno e reinserção no trabalho.

9. A FALA DOS ADOECIDOS

“Nada é mais punitivo do que atribuir um significado a uma doença quando esse significado é invariavelmente moralista. Qualquer moléstia importante cuja causa é obscura e cujo tratamento é ineficaz tende a ser sobrecarregada de significação.

Primeiro, os objetos do medo mais profundo (corrupção, decadência, poluição, anomia, fraqueza) são identificados com a doença. A própria doença torna-se uma metáfora. Então, em nome da doença (isto é, usando-a como metáfora), aquele horror é imposto a outras coisas. A doença passa a adjetivar. Diz-se que isto ou aquilo se parece com a doença, com o significado que é nojento ou feio”.

S. Sontag (1986)

“Cheguei à conclusão que há três culpados por eu ter adoecido: 1o.) A Administração, pois por mais que pedia ajuda para dar conta do serviço, por mais que reclamasse da dor, nunca fui ouvida e nem foi feito nada para diminuir a quantidade de tarefas pelo contrário, me davam mais e mais; 2o.) o médico...não conseguiu discernir a gravidade...;3o.) eu mesma por ter trabalhado tanto.”.

De uma adoecida, 1994

Ao fazer a leitura *“flutuante”* (Bardin, 1977; Minayo, 1992) dos primeiros 102 depoimentos escritos pelos adoecidos no decorrer do *1º Encontro dos Banespianos sobre LER* percebe-se haver mais coisas comuns entre eles do que o simples partilhar do mesmo sofrimento. Subjacente às suas queixas individuais, havia críticas formuladas sobre a realidade experimentada, a partir de demandas novas criadas com o adoecimento, que compunham um conjunto coerente e compartilhado de representações sobre a empresa, superiores hierárquicos, colegas, instituições prestadoras de serviços e de benefícios, médicos, a família, os amigos e a preocupação onipresente de como sair dessa situação indesejável.

Assimilada essa primeira impressão da leitura, ensaiou-se a análise de vinte desses depoimentos, um a um. O que era impressão, tornou-se certeza, estimulando o passo seguinte, de identificar e classificar os 102 depoimentos iniciais por temas, sempre múltiplos, elaborando-se uma síntese provisória e conjunta. Uma tarefa difícil, facilitada pela escrita legível, pela escolaridade elevada, pela linguagem clara e pelos sentimentos e representações compartilhados, provavelmente porque seus

autores tinham em comum pertencerem à mesma classe e categoria e há muito tempo trabalharem na mesma empresa.

Nesse esboço de análise tentou-se apreender as representações construídas no processo de experiência/ aprendizado, começando pelas dores e necessidades suscitadas, e as relações criadas e recriadas por essa saturação de incômodos. Só depois procedeu-se à leitura dos outros 244 depoimentos recebidos por mala postal até a data prefixada, passando a confrontar os dois conjuntos, em sua forma e seus conteúdos.

Afora serem os últimos mais longos e detalhados, resultado provável de um tempo maior de reflexão na ocasião de redigi-los, havia uma enorme identidade com os primeiros 102 depoimentos, permitindo a liberdade de agregá-los, fundindo-os na construção anteriormente feita, buscando assim as representações do conjunto dos 346 depoimentos.

Os conteúdos foram agrupados de acordo com a temática e transcritos os trechos que pareceram sintetizar seus significados, com o cuidado de reparar se, ao deslocá-los, preservavam o sentido original.

A seguir, esses trechos foram ordenados, segundo o processo de experiência e aprendizagem no tempo, como se os adoecidos compusessem não a simples somatória de indivíduos, mas um corpo social coletivo em movimento, que sem deixar de ser o que era, passara a ser o que estava sendo.

Ao proceder assim, não se estará remontando a história natural das LER, nem da representação médica da doença do outro, mas tentando surpreender os momentos distintos da gestação desse movimento social e coletivo, a partir dos diferentes momentos vividos por seus protagonistas, expressos, simultaneamente, nos dados quantitativos já analisados, como em suas *falas* escritas, que se encontram, literalmente transcritas nos anexos.

Dor, Perdas e medo

De modo quase unânime, emerge desses depoimentos sentimentos de medos e perdas, a mais relevante, a *perda da capacidade de fazer*. Essa é crescente e cada vez mais objetiva, mediada pela dor física, sempre presente, ambas só verbalizadas quando o sentimento de perda e a dor se tornam insuportáveis.

A revelação pública da dor e da incapacidade - que parece envergonhar a todos nós, sem distinção e não apenas a esses doentes - é antecedida pela negação (inconsciente), sucedida pela ocultação (consciente) da doença:

"... eu não admitia que tinha problemas... negava o tempo todo: dizia para mim mesmo que a dor no braço era porque tinha dormido com o corpo em cima da mão, etc. Ficava dando desculpas para não ir até o médico. Só que aí, chegou uma hora que foi insuportável agüentar a dor" (D.1).

"Essa dor na mão e no cotovelo eu já vinha sentindo há muitos anos... só procurei o médico porque começou adormecer os dedos e eu não conseguia segurar nada... quebrei vários pratos e copos da casa..." (D.233).

"... vejo que o funcionário está com os mesmos problemas que eu tive. E eles têm medo de assumir a doença e serem prejudicados" (D.313).

"Quando me dei conta, já havia mais ou menos um ano... entrei em crise de choro e nervosismo e resolvi consultar a Dra (..) que me diagnosticou e afastou do serviço..." (D.332).

"Os primeiros sintomas ocorreram há muitos anos atrás... acontece que os médicos não diagnosticaram" (D.338)

"... Mesmo sabendo que deixei passar muito tempo para iniciar o tratamento por falta de informação, acreditava que a dor tinha que ser muito forte... passaram quase três anos." (D.134)

"Preferi fazer tratamento em trabalho (Fisioterapia). Como não vi melhora me afastei com a 2a. CAT (8 meses depois)..." (D.104)

"Estou me tratando sem afastamento do trabalho (até o momento acho que não preciso sair)..." (D.128)

"Não pedi afastamento para não me sentir inválida, para estar presente no dia a dia da empresa, para ser produtiva, mas não sei até que momento esta situação permanecerá, pois há discriminação, falta de respeito e de coleguismo".(D 16)

A ocultação resulta de medos: medo de estar doente, da doença ser incurável, de se tornar incapaz; medo de perder a admiração e estima dos outros; medo de não mais ter perspectiva no trabalho e quanto ao futuro; medo por estar com a vida social e familiar ameaçada:

"Tenho medo de que precise "esconder" a doença para ser aceita novamente como a boa funcionária que tenho a certeza de ter sido" (D.9)

"Tento conversar com todos os colegas que tem L.E.R. e com aqueles que suspeitam de tê-la e sinto que quase todos pensam da mesma maneira e não se tratam por medo de implicação no dia a dia, da dificuldade diante do INSS, de terem mudanças de função". (D. 106)

"Nunca emiti CAT, nunca saí de licença por causa da L.E.R., gostaria de ser orientada... Porque minha doença é grave, mas está sob controle..." (D.129)

"Temo a não ascensão profissional pois já ouvi de amigos que se afastaram e voltaram a trabalhar e encontraram problemas..." (D.165)

"Apesar de sentir sintomas característicos das LER. não procurei auxílio médico... meu intento não logrou êxito... estou afastado há um ano e meio..." (D.186)

"Não tenho emissão de CAT. Não tenho problemas com a administração... não me afastei, por vontade própria.." (D.255)

"Sinto-me muito deprimida e com muita insegurança. Tenho medo em relação ao meu futuro dentro do Banco..." (D.265)

" Na 1a. vez que isso aconteceu, recusei-me a ser afastada apesar da orientação médica, devido à insegurança e mal estar no ambiente de trabalho..." (D.275)

A dor, sintoma onipresente e maior, lhes parece ter causa obscura, a ocultação se justificando mais ainda, pela imaginação de que se trata de uma doença rara e, por conseguinte, proibida, o que faz o adoecido sentir-se extremamente culpado, por estar doente e por não poder produzir como produzia antes:

"Em minha agência os casos (2) são raros, o que faz do lesado um ser estranho (D.14)

"...meu lado emocional ficou muito abalado. Sempre fui muito ativa, sinto vergonha de aparecer no Banco, fico preocupada com o que os meus colegas estão pensando sobre mim. Ainda tenho esses sentimentos de culpa.." (D.18)

"... sinto-me desajeitada para entrar no Banco, os olhares me fitando e desconfiando da doença..." (D.217)

"... as pessoas ao nosso redor ficam nos perguntando do nosso problema e parecem não entender que seja tão grave, que não possamos desempenhar tarefas tão elementares como escrever, digitar por muito tempo, ou mesmo atividades domésticas de passar ou lavar a própria roupa, fazer faxina na casa, pentear os cabelos..." (D.249)

"... Hoje desempenho uma função medíocre e me sinto muito deprimido, com uma sensação que estou sendo vigiado. Estou me sentido um estranho..." (D.)

As práticas de invalidação

Mas a negação e a ocultação do adoecimento não procedem, apenas, do adoecido. Por razões e de modos diferentes, o banco, por seus administradores, órgãos técnicos, médicos e outros funcionários; a medicina e seus práticos e a previdência social por seus peritos e burocratas também o fazem. Os resultados dessa negação e ocultação desses diferentes sujeitos são a subnotificação da doença, os diagnósticos tardios, o comprometimento do prognóstico e maiores dificuldades para a relocação dos que retornam ao trabalho:

"... O gerente da minha agência achou que precisava (CAT). Fui afastada do caixa para a Central de Atendimento... A 1a. CAT (emitida já em outra agência) foi sem afastamento... A 2a. CAT com afastamento..." (D. 103)

"... na agência, após o Encontro teve uma reunião onde, a ofensa e a desconfiança de fingimento, também foram a essência da fala..." (D.115)

"... havia um supervisor na agência que fazia ameaças toda vez que alguém reclamava que sentia dores. Isso fez com que os casos de L.E.R. se agravassem..." (D.70)

"Fui o primeiro caso diagnosticado na agência... tive muitas dificuldades na parte de aceitação da doença, por parte de administradores e colegas também a falta de informação e orientação..." (D.247)

"... influenciados pela administração e mal informados sobre a doença... mesmo tendo o problema não procuram um tratamento..." (D.344)

"... quando levada à administração é que a barra pesou. Qualquer dor por pior que seja é menor que o desprezo e a retaliação que se sofre... mesmo agora, tendo problema nos dois braços prefiro trabalhar..." (D.276)

** CAT: Comunicação de Acidente de Trabalho*

"... levei o atestado com o diagnóstico de LER. para a agência e não foi providenciada a abertura da CAT. Novamente, em (...), fui afastada e novamente não abriram a CAT. Fui alertada para ir ao DSO e depois disso a agência passou a agir corretamente... eu já sentia dores fortes e contínuas há muitos meses. Reclamei com a Chefia e não fui compreendida. Sofri muito... e tive várias crises de choro no Banco..." (D.343)

"E também esclareci minha chefia que precisava uma vez por mês, fazer acompanhamento médico... cada vez que falava ir ao médico, só queria saber como é que eu iria fazer para repor o horário, acabava desistindo....

"Eu não quis me identificar porque eu não confio que não haverá nenhum prejuízo para nós funcionários portadores de L.E.R.. Não acredito que seja feito algo a nosso favor, porque nem mesmo no meu próprio setor há empatia, nenhuma preocupação..." (D.307)

"Alguns administradores que encaram o nosso problema como "frescura" nossa, não trabalhar por causa de algumas dorzinhas, muitos dizem, acham que nossa doença não é nada, que é psicológica..." (D.322)

"...Espero que um dia a L.E.R. seja aceita como um fato real e não como "fricotes" como atualmente pensam colegas e a Diretoria do Banco...ver extinta a expressão "L.E.R. deza" que atualmente se ouve" (D.335)

"... Os superiores e os colegas acham que isso (LER) não é físico, é psicológico e que é fingimento" (D.17)

"... meu lado emocional ficou muito abalado sempre fui muito ativa, sinto vergonha de aparecer no Banco, fico preocupada com que os meus colegas estão pensando sobre mim. Ainda tenho esses sentimentos de culpa." (D.18)

"... de acharem que é "frescura", invenção ou desculpa para não trabalhar... perguntando para mim o nome do médico para eles pegarem licença... outros chamam-me de louca, que é uma doença psicológica (D.19)

"... a maioria dos chefes acredita que o funcionário não tem doença alguma, que qualquer um que chegar ao médico consegue ser afastado, só falando que está com a doença" (D.336)

"... Desde 07/89 tenho LER.. Fui afastada por auxílio-doença e não por acidente do trabalho, por falta de orientação e má informação. Fiquei 8 meses afastada, voltei na mesma função. Voltei a entrar de licença em 07/92 e estou de licença ainda, agora com CAT retroativa a 89". (D.78)

"Mas a DSO por erro me afastou seis meses como auxílio-doença pelo INSS. Atualmente, há 2 meses, é que o Dr. (...), da DSO, verificou que meu caso é gravíssimo e me afastou com a CAT pelo INSS pela 1a. vez.." (D.79)

"... quase todo ano de 1989 foi de licença. Até que em dezembro/89, o INS aceitou meu problema como doença profissional..." (D.214)

"... não há um interesse generalizado em cuidar do paciente, de seu bem estar ou de sua cura, mas sim da parte burocrática e funcional do problema, se este será indenizado ou não, se será realocado dentro do seu local de trabalho, em outra função." (D.220)

"...me vi emocionalmente muito abalada. O tratamento recebido pelos médicos, pelo INSS contribuiu para isso." (D.97)

"No INSS, os médicos peritos humilham os lesionados e dão, sermão atrás de sermão. É muito chato..." (D.8)

"... a impressão que se tem é que os peritos não conhecem a doença..." (D.95)

"... os primeiros sintomas ocorreram muitos anos atrás. Acontece que os médicos não diagnosticaram. Imobilizaram por uma semana, 10 dias e eu acabava voltando às minhas atividades..." (D.338)

"Na época meu caso não foi classificado como LER. pelo fato de jogar tênis e a bola ter batido no meu dedão da mão direita, segundo o médico. O médico quis, no primeiro momento, fazer a cirurgia. Optei por outros métodos..." (D.279)

"... consultei meu clínico geral... tomei uma série de remédios... resolvi procurar outro, ..., ele disse que talvez fosse a posição que trabalho... e os médicos e DSO.... que teríamos que procurar um cirurgião de mão (ortopedista)... só que ele não poderia fazer muita coisa, pois os resultados sobre LER eram muito vagos e ele não poderia nos diagnosticar apenas pelo que falávamos ... e toma remédio outra vez... outro médico ortopedista ... me disse que tudo não passava de desânimo..." (D. 345)

"Divergências entre os próprios médicos quanto ao diagnóstico e o tipo de tratamento mais adequado..." (D.244)

"... Fui o primeiro caso da agência... se houvesse orientações... não teria perdido tanto tempo em médicos pouco hábeis. Extremamente necessário a orientação precoce..." (D.67)

"... procurei um ortopedista que não soube diagnosticar..." (D.204)

"muito despreparo da rede médica quanto ao diagnóstico e tratamento..." (D. 49)

"... Fui submetida a uma cirurgia para sarar de vez e isso não aconteceu..." (D. 92)

"... dizia que eu tinha um cisto no punho; durante dois anos seguidos me fez infiltração; no terceiro ano indicou uma cirurgia para retirar o cisto. Feita a cirurgia, ele constatou que não havia cisto e fechou a cirurgia. As dores aumentaram..." (D.94)

O adoecimento estranhado, negado, ocultado e mal cuidado segue, porém o seu curso. A dor aumenta, materializando-se na crescente perda da capacidade de fazer e de produzir. E é por esse último viés que ele é notado, sobretudo, pelos prepostos do empregador e pelos colegas de trabalho. O que era *"estranho"* para o adoecido, sua própria dor e incapacidade progressivas, passa a sê-lo para o outro, como se ele dissesse para o adoecido e o adoecido lhe dissesse: *Estamos nos estranhando*. À dificuldade, sempre subjetiva, de fazer-se acreditar e de transmitir o sofrimento físico e psíquico, é acrescido um sentimento concreto de menos valia. E o estranhamento pelo adoecimento não visualizado e obscuro do outro, logo se faz discriminação e incriminação mais ou menos explícitas:

"Gostava tanto do meu trabalho (nem eu sabia disso) que ao me afastar dos meus colegas que considerava "uma família" e de meus clientes, deixei lá metade de mim... mas ao ver a indiferença e até desconfiança existentes, pergunto se vale a pena me entrosar novamente e tenta me readaptar. A perda não foi só física..." (D. 15)

"Sinto-me discriminada pelo colegas da agência, principalmente pela gerência que fez até reunião geral logo após meu afastamento alertando que essa doença não existe, que é coisa da cabeça..." (D. 105)

"... tenho medo de sair de licença novamente, pois a experiência anterior do afastamento trouxe-me aborrecimentos e discriminações..." (D. 8)

"... medo de fazer parte de um grupo de discriminados que além de sofrer de muitas dores é obrigado a escutar das pessoas que está "enrolando", gostando de estar "atoa", "funcionário público é assim mesmo ,só vem ao Banco para pegar o holerite e vale refeição" (D. 10)

"Alguns colegas, inconscientes, acreditam (alguns declaram) que "finjo-me de doente para não trabalhar"(D. 14)

"... mas quando você tem limites, você é marginalizado em qualquer setor, não só pelos administradores, mas também pelos próprios colegas". (D. 24)

"... nas poucas vezes que lá compareço poucos colegas me cumprimentam... numa das reuniões foi dito que os funcionários afastados não estão fazendo

falta, o que me magoou muito... nos últimos tempos estava eu trabalhava 10 ou 12 horas por dia...". (D. 105)

"... os funcionários que têm LER. sempre são vistos pelos colegas e algumas chefias como acomodados... dificilmente somos entendidos... a falta ao serviço... licenças... produtividade limitada... tudo é encarado pela maioria como comodismo..." (D. 110)

"... sou alvo de comentários mais maldosos, como: " para trabalhar você não presta, mas para engravidar, hein??" Será que eu mereço? Enquanto eu estava saudável e servia para cada 15 dias entrar às 5:45 da manhã e sair depois das 18:00 hs, todo mundo me cumprimentava. Hoje a gerência administrativa da minha agência passa por mim e não me olha na cara..." (D. 137)

"a maior barreira... é a desinformação e ignorância de vários colegas de trabalho sobre a LER., principalmente os administradores. Te olham com olhar de desconfiança e falam em tom sarcástico... tudo aquilo seria uma encenação..." (D.148)

"... eu sinto uma discriminação muito grande... parece que as pessoas (administradores), alguns não acreditam na doença. Isto me entristece muito..." (D. 174)

"... antes da doença a gente no trabalho era considerada importante, mas depois a gente sente uma certa discriminação... a gente fica que nem peteca, cada dia em um serviço..." (D.185)

"... muitas discriminações passei, como do tipo: - tenossinovite não existe, isso é para ficar na moleza..." (D. 193)

"... o grande problema no retorno ao trabalho é a discriminação. A questão é muito mais cultural... faz parte da cultura bancária só valorizar quem possa vir a dar mais lucros (sejam clientes ou funcionários) e renegar quem esteja fora dessas expectativas..." (D. 199)

"... pelos colegas, eu estava fazendo corpo mole... o funcionário portador de L.E.R. é malvisto... nenhum setor quer aproveitá-lo dentro de suas limitações (D. 204)

"... tenho me esforçado para adaptação, mas continua difícil, as pessoas não compreendem muito bem o problema, a não ser aquelas que também o possuem..." (D. 218)

"... sinto uma profunda tristeza ao ser discriminada, tanto pelos colegas quanto pela administração da agência. Acham que estou "na folga" por estar afastada..." (D. 234)

"... e para nós, os adoecidos, um trabalho de "despreconceito" junto à administração... ainda podemos ser pessoas úteis..." (D. 67)

"Fui fazer estágio de readaptação na agência... senti bastante dificuldade... acentuada pela discriminação, com comentários maldosos e com falta de vontade de ensinar as novas funções: fiz dois estágios de 30 dias e houve uma piora muito grande... sugiro que a volta dos portadores de LER. seja com mais dignidade..." (D. 240)

"O tratamento dos colegas que estão trabalhando muda para com os que estão afastados, algo assim como que "a gente quisesse estar doente para não trabalhar"... a maioria trata com descaso... (D. 241)

"... as pessoas te olham e dizem: - você está ler...da? Você sabia que o Banco está demitindo quem está afastado ou portador de LER ? Esses comentários são feitos pelos colegas e superiores hierárquicos... (D. 242)

"... abandonei o tratamento, após alta do INSS em abril de 1993, devido a discriminação na agência e família... voltei a tratar em agosto de 1994, devido a inchaço no punho e aumento da dor..." (D. 248)

"...é importante que a pessoa afastada, ao retornar ao trabalho não se impressione com o preconceito..." (D.256)

"... sinto-me discriminada... não só por alguns administradores, mas também por alguns colegas. Essa doença não transparece diretamente na minha

fisionomia (não estou pálida, mancando, magra, ou seja, com cara de quem está doente), as pessoas me tratam como se eu estivesse fingindo..., não estou afim de trabalhar... não sabem a dor constante e a depressão que vem com ela..." (D.269)

"... administradores que agem como se o problema fosse uma falta de disposição do funcionário... e não uma doença com todo o problema físico e emocional que ela traz... para que o funcionário não fosse tratado como se tivesse uma doença mental ou por causa de dificuldade com os membros, tivesse paralisia cerebral..." (D. 344)

"... quando levada a administração é que a barra pesou. Qualquer dor por pior que seja é menor que o desprezo e a retaliação que se sofre... mesmo agora, tendo problema nos dois braços, prefiro trabalhar... tendo sido tirada para ir trabalhar no CESER (...), quando disse que não poderia, fui colocada no gelo, sob a alegação que não há serviço no Banco que eu possa realizar, por causa da LER ...". (D. 276)

"... preconceito e incredulidade em relação à LER. existem na cabeça da maioria dos administradores e alguns escriturários..." (D.278)

"... já escutei a palavra "rejeitada" de chefe e isso me magoou muito... no Banco não tem seções para quem tem essa doença... (D. 292)

"... preconceitos de parentes, colegas e administradores..." (D.299)

"... se a gente executa alguma tarefa repetitiva com um ritmo menor, imediatamente os colegas tecem comentários de que estamos fazendo corpo mole, de que LER é uma desculpa..." (D. 303)

"... hoje, eu vejo que não é nada disso, ouço colegas dizendo que o que temos é problema de cabeça, "frescura", que não queremos trabalhar.... teríamos que ter... apoio psicológico por parte da empresa, temos ao contrário, "guerra psicológica". (D. 309)

"... a discriminação por parte de alguns colegas ainda é grande e temos que acabar com isso..." (D. 310)

"... damos muito do nosso sangue para o Banco para sermos tratados com tanta indiferença... só queremos ser tratados com mais respeito..." (D. 316)

"... meu supervisor chamou-me em particular e disse - "essa doença não existe".... mesmo eu lhe mostrando o comprovante do médico e já estando com tala na mão. Saí da minha agência chorando e humilhada. Fiquei chorando numa estrada, sem acreditar..."

"... Na agência parecia que tinham ódio de mim ou estivessem com medo de serem contaminados..." (D. 318)

"... Depois foram tantas humilhações que hoje só em pensar em voltar, fico ainda mais doente. Na última vez que voltei, meu administrador pediu que não conversasse com os colegas e os proibiu de falar comigo. Um dos meus administradores disse que eu teria um serviçozinho bom, sossegado, gostoso de fazer: era no computador. Aí eu vi que era um caso perdido. Depois de chorar direto vários dias, achei que era hora de ter mais amor próprio... e de parar de pensar em morrer... (D. 323)

"... sentia-me rejeitada na agência, não conseguia manter relacionamento com meus colegas da ativa, a doença é invisível e todos falam que os doentes de LER. são aproveitadores e vagabundos..." (D. 324)

"... "colegas" me olham de lado porque não podemos "colaborar" o mesmo número de horas de graça..." (d. 328)

"... perante nossos colegas somos folgados, a administração nos anula e ficamos esquecidos nos cantos. Mal sabem eles o que sofremos com isso". (D. 331)

"... todos estamos sujeitos a esse problema. Espero que um dia a LER seja aceita como um fato real e não como "fricotes", como atualmente pensam colegas e a Diretoria do Banco..." (D. 320)

"... a maioria dos chefes acredita que o funcionário não tem doença alguma que qualquer um que chegar ao médico consegue ser afastado, só falando que tem essa doença. Talvez pelo fato da doença não ser visível, eles desconfiam de todos... quando o funcionário retorna ao trabalho, ele é perseguido... não existe consideração pelo seu estado..." (D. 336)

O retorno difícil

O desejo de retornar ao trabalho é muito forte e se sobrepõe, com frequência, ao estado de adoecimento, à dor e ao medo de piorar. Por isso, o adoecido tenta, a despeito da precariedade da readaptação profissional da alçada legal dos centros de readaptação profissional (CRP) do INSS e da dificuldade de relocação, muitas vezes malsucedida, à cargo da Divisão de Saúde Organizacional (DSO) e Relações de Trabalho do banco (DSORT):

"... a DSO queria me readaptar para um serviço muito repetitivo e desgastante..." (D. 77)

"... estive afastada duas vezes. No início do retorno (adaptação) funciona bem, depois de um determinado período retornam todas aquelas tarefas que te levam ao afastamento..." (D. 86)

"... normalmente aos piores serviços (aqueles que eles acreditam que não nos incomodarão fisicamente) é que somos encaminhados..." (D. 87)

"... A DSO, às vezes se torna omissa, pois não sabe a que lado atender, se o nosso lado ou do Banco..." (D. 118)

"... não me foi autorizado somente a bater a máquina. De resto estou trabalhando normalmente, porém foi reduzido meu turno de caixa..." (D. 129)

"... Estou somando, calculando, atendendo telefone e telefonando com a mão esquerda... Quando vou preencher um depósito que é carbonado, não posso calcar muito, doem os tendões..." (D. 123)

"... como não retornei na função de digitador após o período de afastamento... meu quadro de recuperação é positivo..." (D. 133)

"como ainda estou sob acompanhamento médico e não tive alta total, estou em um novo setor (já há quase 10 meses), em situação temporária e onde estou muito bem adaptada..." (D. 143)

"... a readaptação do adoecido de LER é difícil... ele sofre discriminação por parte das chefias que acreditam que o lesionado não dará produção e será uma "dor de cabeça" para eles..." (D. 154)

"Quando senti os sintomas, procurei a DSO e fui muito bem atendida. Logo fui afastada do caixa, mas não adiantou, fui afastada do Banco pelo INSS. Ao retornar mudei de setor... quando abuso, sinto dores, mas sei que tenho que me acostumar com a dor..." (D. 180)

"... Fui operada na mão esquerda com Túnel de Guiyon há um ano atrás. Afastei-me do caixa, mas estou na cobrança, somando borderôs. Agora estou com dores no braço direito. É difícil adequar um funcionário com problemas em outro setor que não haja esforços repetitivos..." (D. 182)

"... Ao voltar a trabalhar (reassunção) encontrei várias dificuldades, obrigada a mudar de função e horário..." (D. 194)

"... o estágio de readaptação funcional não passa de uma farsa. O erro esta em se achar uma função entre as já existentes... Há falta de empenho da empresa em encontrar soluções eficazes para o retorno ao trabalho. A empresa determina que a DSO faça um acompanhamento, mas quem, na realidade, vai equacionar os interesses das partes, será o gerente administrativo. Nesse fato está a essência dos problemas da readaptação profissional... Porque... retornar para uma função que exija menos que minha capacidade? Porque não posso retornar para uma função melhor? Meu braço tem LER, mas meu cérebro não. Vou ter que abrir portas? ...Coordenar filas de caixa? (D.243)

"... após o período de afastamento voltei para a mesma agência para desempenhar as mesmas funções. Fiquei profundamente angustiado, irritado, deprimido, com crises de choro..." (D. 202)

"... deveria haver um acompanhamento mais atuante da DSO nos casos que já retornaram ao trabalho... muitas vezes a administração não respeita as limitações que o funcionário tem..." (D. 205)

"... não temos acompanhamento da DSO ou mesmo do Banco. Estamos sozinhos. (D. 207)

"... não poderia trabalhar no PAB, local de muito serviço, por causa de minhas "limitações". Fui encaminhada à DSO para avaliação. Após 30 dias de angustiada espera, uma cartinha... não havia vaga... "você deve voltar à sua agência de origem". (D. 310)

"... porque o INSS não providencia medidas para cobrar de maneira efetiva das empresas a precaução e correta relocação dos lesionados? ... (D.213)

"... não existem tarefas nas agências que não se utilizem os terminais e micro. Tenho me esforçado para adaptação, mas continua difícil, as pessoas não compreendem muito bem o problema, a não ser aquelas que também o possuem..." (D. 218)

"... no caixa trabalho, em média, uma hora por dia... nos outros setores escrevo muito, além de efetuar muitas somas... com esses serviços alternados, melhorou muito o meu estado de LER ..." (D. 224)

PAB: Posto de Assistência Bancária

"... a readaptação deveria ser implementada pelo Banco em conjunto com o INSS... O INSS... deveria fazer um acompanhamento, mas não faz e por sua vez a reabilitação pelo Banco não existe... A gerência administrativa pouco ou nada pode fazer, seja por desconhecimento do que fazer ou por má vontade mesmo. Você é quase jogado de um lado para outro..." (D. 234)

"... me sinto razoavelmente bem readaptada, uma vez que saí da função de caixa para assumir um cargo administrativo. Apresento ainda sintomas, como dores eventuais no braço direito e perda da força muscular. A jornada de 8 ou mais horas diárias ajuda a agravar o quadro..." (D. 236)

"Fui fazer estágio de adaptação na agência... senti bastante dificuldade.... acentuada pela discriminação... Fiz dois estágios, de 30 dias e houve uma piora muito grande...." (D. 240)

"... esse período de readaptação é só 60 dias e depois teremos, mesmo com dor, de trabalhar da mesma forma, mesmo sem agüentar, temendo que algo possa acontecer..." (D. 254)

"... Estou no período de estágio... na seção de cadastro... algumas atividades são jogadas para desempenhar, tipo "para você não ficar parado"... (D. 262)

"... Estou afastada do caixa (gostava dessa função). Agora ajudo o rapaz da seção C/C, me sinto estranha, embora digite pouco... tenho muita dor e sensação de peso nos ombros... Também, para escrever, tenho muita dor nos dedos... Tenho medo de não ficar recuperada..." (d. 264)

"... Tive muita dificuldade na reabilitação, pois "não havia um lugar onde pudesse trabalhar" e, assim, por muitos meses fiquei como uma bolinha de ping-pong, de um setor para outro... fui novamente transferida e, desta vez, para um posto de atendimento sem qualquer tipo de infra-estrutura e terrivelmente movimentado, com poucos funcionários (...) enorme sobrecarga... Tive que voltar aos remédios e às sessões de fisioterapia, desta vez oito meses até o afastamento. Ainda estou afastada..." (D. 275)

"... retornei ao trabalho... e fui muito bem recebida pela administração... Fui readaptada de acordo com minhas capacidades e embora ainda hoje tenha alguns limites, procuro respeitá-los em minha rotina diária. Tenho trabalhado normalmente, sem dor e me sinto completamente reintegrada ao meu ambiente de trabalho..." (D. 339)

"... e também esclareci minha chefia que precisava, uma vez por mês, fazer acompanhamento médico... cada vez que falava em ir ao médico, só queria saber como é que eu iria fazer para repor o horário. Acabava desistindo... em um ano fui três vezes... sentia dores novamente... e voltou a acusar o mesmo problema... não me afastei... em nenhum momento fui poupada ... temos medo de demissão..." (D. 344)

"... estou fazendo várias coisas sem serem repetitivas: bato algumas fichas, faço aplicações, atendo o telefone.... fui na DSO, a qual me ajudou bastante (D. 280)

"... fui transferida para outro setor, mas não me acostumei, pedi para voltar ao posto e me colocaram no atendimento ao cliente... Estou contente... os supervisores são muito compreensivos... pedem sempre que eu não me esforce muito... Só tenho um pouco de dor, quando datilografo a mais..." (D. 284)

"... O INSS me deu alta alegando que o Banco me reintegraria no trabalho. Quando retornei... o gerente administrativo me afastou do caixa, mas me colocou no cadastramento, na época em que havia muito movimento. Eu escrevia, carimbava e grampeava a tarde toda, quando reclamava que estava com dor, ele alegava que era normal, porque eu estava parada muito tempo... Reclamei ao DSO... que entrou em contato com o gerente... Tive uma piora muito grande e me afastei de novo..." (D. 309)

"...Mesmo com o serviço reduzido e intercalado não tive melhora..." (D. 311)

"... trabalhei como recepcionista logo após ter alta do INSS. Percebi grande melhora, porém, era eu me descuidar e digitar demais ou escrever demais que as dores começavam a voltar... conclui que este problema não terá cura, só dá para controlar..." (D. 312)

"... quando voltamos a trabalhar não há nenhum tipo de fiscalização para saber se o que estamos fazendo é correto... Porque a reabilitação tem que ser feita na mesma agência?..." (D. 315)

"... voltei a trabalhar na mesma função, porém em guichê de menor movimento... Só abro caixa eventualmente..." (D. 290)

"... acho que o tratamento e a mudança do local de trabalho (do CESER para a agência) me ajudaram muito. Tenho limitações..." (D. 333)

A incapacidade

Preconceitos e discriminação degradam as relações sociais, interpessoais e no trabalho, e agravam o adoecimento; e apesar da inaparência de sinais físicos, a perda da saúde e da capacidade de fazer e produzir são reais e altamente limitantes:

"... Gostaria que nos fosse sugerido alguma atividade que pudesse ser feita. No meu caso não posso fazer nada além de caminhar ou ler..." (D. 26)

"... fui informada que vou receber um auxílio de 40 % (do salário do INSS), mas que nunca mais poderei trabalhar no caixa. Achei um tanto radical dizer que nunca, será que eu não posso melhorar/curar?..."

"... das atividade que exercia antes da LER. restam poucas que ainda posso exercer..." (D. 28)

"... Por mais que eu pense em relação à volta ao trabalho, não consigo ver uma função compatível com o portador de LER ..." (D. 30)

"... é um fato com o qual tenho que viver e o tenho feito do melhor modo... de modo a manter meu gosto pelas coisa e pela vida..." (D. 28)

"... acho difícil que quando retorne ao trabalho, continue sendo vista como a mesma profissional. Mesmo porque não serei a mesma, apesar de acreditar que eu possa recuperar e até surpreender, pois tenho muita fé que esta situação vai passar..." (D. 9)

"... Sinto-me bem, mas com as devidas restrições... tanto no trabalho como em casa, mas tento não ficar "esquentando" muito a cabeça... o médico diz ser necessário uma cirurgia no pulso, mas tenho medo... só de escrever essa meia página, meu braço ficou duro e minha mão não obedece... (D. 113)

"... resisti um pouco para assumir as limitações... não adianta achar que está tudo bem... ignorando o problema eu só tendo a agravá-lo..." (D. 120)

"... estou somando, calculando e atendendo telefone e telefonando com a mão esquerda... quando vou preencher um depósito que é carbonatado, não posso calcar muito, doem os tendões..." (D. 123)

"... cheguei ao ponto de não conseguir folhear as páginas, conseqüentemente um desespero total, pois tenho filhos pequenos..." (D. 130)

"... Quero muito voltar ao trabalho, mas tenho medo, porque fico pensando que tipo de serviço vou fazer, se não puder mais voltar na minha função normal... O pior de tudo é não poder datilografar... sempre gostei muito de ser operadora de telex..." (D. 140)

"... quando abuso sinto dores, mas sei que tenho que me acostumar com a dor..."

"... não tenho muita utilidade agora que estou doente e sinto dores quase que direto e só consigo trabalhar 2 ou 3 dias por semana... Tenho muitas dúvidas quanto ao meu futuro. Não tenho condições de fazer quase nada em casa e nem no Banco..." (D. 183)

"... tudo que faço, uso as mãos. Gosto de desenhar, pintura, fazia tricô, crochê e agora, mesmo para escrever a mão cansa, e se abuso fico com dor... a mão fica boba..."

...mas tenho que conviver com isso e aprender a depender de familiares... até mesmo para abrir uma garrafa... não tenho mais confiança nas mãos, pois fico quebrando coisas..." (D. 190)

"... devo retornar ao trabalho... em outra função, com a capacidade reduzida, recebendo pecúlio do INSS..." (D. 243)

"Sempre trabalhei bastante, dei sempre de mim no Banco, como em casa. Trabalhei muitas e muitas vezes fora do horário..."

...depois a gente se torna inútil, tanto no trabalho como em casa. Aí as pessoas te olham como se você não quisesse nada da vida (D. 203)

"... muitas vezes pensei em desistir do Banco por me sentir inútil, não realizada, por não fazer nada a não ser dar informações..." (D. 206)

"... ainda tenho capacidade para o trabalho e me sinto revoltada quando tentam me fazer pensar que não. Quero voltar a trabalhar sim e com certeza me aposentar por tempo de serviço e não como uma inválida. Posso não poder usar minhas mãos e braços como fazia anteriormente, mas ainda estou viva e tenho muito o que realizar..." (D. 207)

"... pois nem meu filho posso carregar mais. É desesperador, é doído... É a pior fase de minha vida e tenho medo de não sair dela... Sinto muita saudade do Banco, dos amigos, do convívio, da correria... sinto saudade de ser útil..." (D. 208)

"... sinto muita insegurança quanto ao meu futuro profissional e dificuldade de me adaptar aos serviços domésticos... que hoje tenho dificuldades de executar..." (D. 209)

"... a tensão e a angústia do nada poder fazer trouxeram as longas noites de insônia...

... não consigo trabalhar com a rapidez que preciso. Gosto de trabalhar longe de pessoas que cobram uma presteza que não tenho mais... me coloquei à disposição para arquivo, biblioteca, qualquer coisa... não obtive nenhum resultado... implorei ao outro médico que me assistia que me operasse novamente..." (D. 210)

"... Eu sofri três operações sinto muita dor, respondi esse questionário com a mão esquerda, embora seja destra... também estou com a mão esquerda muito inchada.. já fiz de tudo e não vejo melhoras..." (D. 212)

"... A doença e sua inevitável consequência em relação à capacidade de trabalho (produção) precisa ser respeitada pela Administração do Banco..." (D. 213)

"... tenho crises de muita depressão, pois é difícil enfrentar tantas "síndromes", assim, não é? Aliás, para passar para o papel esses dados é até difícil, pois a mão não acompanha mais a velocidade do nosso (meu) pensamento. Tudo isso dói muito "aqui dentro"..." (D. 214)

"... Gosto do serviço de caixa e infelizmente não posso mais executá-lo... mas existem tarefas nas agências que não se utilize terminais e micro..." (D. 218)

"... não poder fazer o que eu gosto no meu trabalho (que é digitar e escrever) me deixa triste e me causa até sofrimento. Não me sinto inútil... posso expressar minhas idéias oralmente, posso caminhar, posso ler. O que acontece é que estava acostumada de viver para o lado profissional e nisso a doença me prejudicou bastante..." (D. 223)

"... após constatado a LER, meus 22 anos de dedicação ao Banco simplesmente desapareceram...

OBS: Esse questionário não foi preenchido por mim, pois não tenho condições de escrever (D. 227)

"... perda da força dos braços, os limites que vão se impondo pela dor, fazem-nos sentir muito inferiorizados e sensíveis a postura dos outros que parecem não perceberem..." (D. 228)

"... com o retorno das dores, cheguei a ficar angustiada, pois parecia que estava me tornando uma pessoa inútil (não conseguia trabalhar não conseguia fazer as tarefas de casa e também cuidar das crianças..." (D. 230)

"... eu executava trabalhos técnicos de alto nível, participava de grupos de trabalho... Hoje, separo alguns relatórios e confiro algumas coisas no terminal... A LER trouxe uma queda na minha qualidade de trabalho..." (D. 231)

"... parecem não entender que seja tão grave, que não possamos desempenhar tarefas tão elementares como escrever digitar muito tempo, ou mesmo tarefas domésticas de passar ou lavar a própria roupa, fazer a faxina na casa, pentear os cabelos..." (D. 249)

"... questiono se meu lado intelectual, extrovertido, um bom nível de raciocínio não podem ser usado para um melhor aproveitamento do Banco... se assim fosse, o sentimento de "invalidez" seria eliminado... as seqüelas são lamentáveis..." (D. 250)

"... A doença... limitou muito a minha vida. Tive que colocar uma empregada doméstica... escrever a mão já não posso fazer como antes... e isso me entristece... não consigo nem segurar a minha filha por muito tempo... Essa doença... nos perturba as 24 horas do dia..." (D. 253)

"... deixa, sem sombra de dúvidas, "estigmas"... vai de cada um mostrar a sua capacidade (embora limitada)..." (D. 256)

"... a L.E.R. nos dá a sensação de profunda invalidez..." (D. 259)

"... por limitações em meu trabalho (por LER) me senti muito mal, inútil, em depressão e uma série de sintomas profundamente negativos..." (D. 260)

"... algumas das atividades são jogadas para desempenhar, tipo "para você não ficar parado", coisas simples como alguma coisa de cobrança, tirar do Scopus..." (D. 261)

"... sempre gostei de escrever... já não me é mais possível, pois a escrita me causa fortes dores... tornei-me uma pessoa "chata", negativista... se o dia tiver 25 horas, eu sinto dor..." (D. 263)

"... escovar cabelos e dentes é um sacrifício... a cada tarefa pequena é necessário muitos minutos para que a dor passe..." (D. 266)

"... sinto é não poder fazer certas coisas que fazia antes, como... escrever, lavar o carro, tocar um violão, pintar, dar umas palmadas nas crianças... me sinto meio inútil..." (D. 268)

"... É desanimador continuar fazendo fisioterapia, tomando remédios, ter algumas atividades diminuídas (...) e continuar sentindo dor. Tenho medo de continuar trabalhando, mesmo em outra função, e piorar, principalmente de ficar inválida. Por outro lado, evito de todas as maneiras de voltar a ficar afastada novamente, pois isso dá um sentimento de inutilidade muito grande..." (D. 341)

"... todo o meu trabalho doméstico foi prejudicado pela doença. Aposentei... Hoje me arrependo pois fiquei com a lesão da doença e não recebo indenização nenhuma... me tornei uma inválida..." (D. 283)

"... dar de mamar.. trocar fraldas, lavar, etc, é difícil por doer demais... até escrever esse questionário fiz em partes, pois não dá nem para escrever..." (D. 289)

"... eu me sentia inútil quando estive de licença os 5 meses e o pensamento era só a dor no braço e engordar... eu queria alta. Tive alta, na condição de exercer outra atividade, menos no caixa. (D. 299)

"... hoje tenho minhas mãos totalmente adormecidas, com degeneração dos nervos... tenho que parar cada linha escrita..." (D. 306)

"...realmente não somos mais os mesmos. As atividades são restritas e a nossa capacidade também..." (D. 310)

"... Perdi completamente a força nas mãos, não dormia à noite com dor nos braços, não conseguia dirigir, as pequenas coisas se tornaram grandes problemas, estava cada vez mais incapacitada impotente. hoje, para escrever essa redação o esforço é enorme, a caligrafia horrível... Sinto estar cada vez mais dependente de outras pessoas pra tudo, parece que acabou minha liberdade, minha capacidade física para fazer qualquer coisa..." (D. 324)

"... Só queremos que nos dê um pouco mais de valor, pois afinal não pedimos para ficar doentes, tenho capacidade limitada, não posso produzir como antes, mas sou um ser humano..." (D. 331)

"... Estou com problemas há mais ou menos 14 anos, estou desanimada, triste... o tempo passa e o problema com minha mão não para, a dor que sinto é uma constante, acordo e durmo com ela... mesmo depois de uma cirurgia, não tive muita melhora... Dr(...) disse que se continuar terei que operar novamente... O que me deixa triste é que depois que me aposentar, eu não deixo essa droga, ela não se aposenta, vai comigo..."(D. 334)

"Mesmo assim estou confiante de que ainda possa fazer algum tratamento e que eu possa voltar a fazer tudo o que fazia antes..." (D. 6)

A incapacidade dos adoecidos não se restringe ao trabalho no banco, estendendo-se às atividades de casa, aos cuidados com os seus e consigo próprio, deteriorando a qualidade de sua via social, afetiva e emocional.

Antes, pois, que a medicina e os médicos lograssem construir suas representações sobre a doença LER, os adoecidos tomaram consciência de sua existência por sua incapacidade de "fazer o que faziam antes" fora e dentro do trabalho, em razão do sofrimento físico (dor) e do sofrimento psíquico agravados pelo medo e pela condição de menos valia social.

"os fisioterapeutas tomaram o lugar do lazer; nada mais de academia, saunas, bate-bola no final de semana..." (D. 210)

"Encontro-me em tratamento há mais de dez meses, entre sessões de fisioterapia, acupuntura, R.P.G.. Minha vida ficou completamente tumultuada com os vários horários para tratamento, horário com minha médica, horário para fazer perícia no INSS..." (D. 249)

"... minha vida é viver em médico, palestras e drogada de remédios... Estou há três anos afastada, com 2 voltas..." (D. 306)

"... no começo foi uma maratona de médicos, laboratório, INSS, fisioterapia que me tomavam todo o tempo... com o passar dos meses e com maior consciência de não poder fazer coisas, ou ter atividades normais, comecei a pirar..." (D. 317)

"Os 60 dias que passei em casa foram vividos da seguinte forma: 30 dias correndo atrás de papéis... O INSS dizia não ser com eles e a agência dizendo não ser com ela... Minha vida mudou completamente. Acho que a LER. conseguiu acabar com tudo..." (D. 319)

"... estou trabalhando, mas sinto ainda muitas dores nas costas, pescoço e braços, dormência e inchaço. Passei dois meses e voltei a ter sintomas..." (D. 109)

"... só de escrever esta meia página, meu braço ficou duro e minha mão não obedece..." (D. 113)

"... na última perícia minha, o médico me virou os braços para todos lados, apertou... nos outros dias tive dores horríveis..." (D. 116)

".... movimentos repetitivos fazem voltar a dor..." (D. 175)

"... passei por momentos muito difíceis com a LER., além das dores tive depressão..." (D. 256)

"... só nos chamou pra dizer que temos que nos acostumar com a dor..." (D.216)

"... estou com o braço todo retalhado, a dor é diária e não há mais nada o que fazer..." (D. 254)

"... sempre gostei de escrever, mas não me é mais possível, pois me causa fortes dores..." (D. 263)

"... embora digite bem pouco... tenho muita dor e sensação de peso... Também, para escrever tenho muitas dores nos dedos..." (D.. 264)

"... comecei a sentir pequenas dores que logo passavam; com o tempo e o acúmulo do serviço, as dores aparecia, com minutos de trabalho no caixa." (D. 266)

"... não sabe a dor constante e a depressão que vem com ela..." (D. 269)

"... muita dor... Qualquer movimento reflete dor no ombro..." (D. 291)

"... ainda não voltei a trabalhar, mas sinto muito medo de voltar e piorar (sentir aquelas dores fortes novamente)" (D. 321)

"... perdi completamente a força nas mãos, não dormia à noite de dor nos braços..." (D. 324)

"... a dor que sinto é uma constante, acordo e durmo com ela..." (D. 334)

O sofrimento psíquico aflui com a dor, com a consciência de estar doente por não poder fazer e produzir, agravado pela discriminação e incriminação jamais suspeitadas:

"... após a doença quase não consigo escrever, sinto-me muito tensa, alguns dias muito agitada, tenho vontade de trabalhar e não tenho vontade de fazer nada..." (D. 20)

"... deixo aqui documentado o meu desespero em busca da minha cura... o que eu perdi psicologicamente durante esse ano e meio de afastamento jamais vou recuperar..." (D. 21)

"... a maior dificuldade é a perspectiva de me tornar um inútil..." (D. 22)

"... tem dias que me sinto bem, mas outros em que me sinto muito mal com vontade de sumir, é terrível..." (D. 23)

"... fui hospitalizada três vezes com diarreia e vômitos devido aos medicamentos... tanto tempo de tratamento e não havendo cura tive distúrbios emocionais..." (D. 122)

"... acredito ser a LER. muito ligada às tensões. Notei que depois de algo que me deixe muito nervoso, existe piora dos sintomas..." (D. 138)

"... minha capacidade de concentração praticamente acabou, minha memória está péssima..." (184)

"... Passei por momentos muito difíceis com a LER.... além das dores, tive depressão, desânimo de saber que não podia ser caixa, uma função que adorava e trabalhava com muito prazer..." (D. 206)

"... depois que tive a confirmação de ter LER., no mesmo instante senti como se minha vida virasse de cabeça para baixo... alguém que só consegue chorar, se senti só, não encontrar sentido na vida..." (D. 208)

"... a angústia do nada poder fazer trouxe as longas noites de insônia... instabilidade, irritação, desejo de ficar só... medos absurdos, pensamento estranhos... no próprio convívio dos colegas, a doença chegou primeiro... na nossa vida particular, tudo faz parte do "eu era"..." (D. 210)

"...depois de muito sofrimento, sem resultado pela segunda vez, comecei a ter crises de choro freqüente, angústia, tristeza e dores no peito. Entrei em profunda depressão...." (D. 211)

"... nesse mesmo ano (abril/89) comecei a apresentar problemas psíquicos.. diagnosticado como "síndrome de pânico". Tenho crises de muita depressão..." (D. 214)

"... às vezes, a doença nos pega num momento em que estamos vivendo como um barco ao sabor das ondas, não temos qualquer controle de nossas emoções e sentimentos, perdidos diante da nova realidade. Isso só agrava e intensifica a dor..." (D. 228)

"... os sentimentos de tristeza e depressão são acentuados e a pessoa tem que ter uma estrutura psicológica muito forte para se manter controlada..." (D. 249)

"... atualmente sou muito insegura e tenho verdadeiras crises de choro. Tem dias que preciso me controlar, mesmo no Banco, para não chorar.... O medo acaba vencendo. Tem dia que só tenho vontade de dormir e outros que não consigo cochilar. Eu só tenho 27 anos..." (D.20)

"...eu era a maior agitadora (na decoração, nos preparativos); minha família toda canta e toca, hoje eu fico em casa, me remoendo..." (D. 263)

"...sinto-me muito deprimido e com muita insegurança... me sinto deprimido com um sensação que estou sendo vigiado..." (D. 265)

"... Dias antes do retorno tive gastrite nervosa provocada pela ansiedade e insegurança... já trabalhando tive por duas vezes que ir ao ambulatório dada a minha total debilidade emocional... (D. 273)

"... Por outro lado, evito de todas as maneiras de voltar a ficar afastada novamente, pois isso dá um sentimento de inutilidade muito grande, levando à depressão. Além do que, por não ser uma doença exposta, sinto-me mal diante dos outros..." (D. 341)

"...com o passar dos meses e com maior consciência de não poder fazer coisas, ou ter atividades normais, comecei a piorar..." (D. 317)

"... para poder voltar a trabalhar logo, ser normal outra vez..." (D. 324)

"... quando me dei conta, já havia mais ou menos um ano... entrei em crise de choro e nervosismo..."

"O INSS me concedeu 40 % de auxílio acidente... Logo senti no dia - a - dia era bem mais sacrificado do que no estágio... o que me gerou mais uma vez um tremendo desgaste físico e mental que me provocaram fortes depressões... novamente saí de licença... de férias, logo em seguida..." (D. 332)

As Buscas

O esforço individual, nem sempre com êxito, para debelar o sofrimento físico e psíquico, carregados de subjetividade e não raro, de céptica experiência, se orienta em dois sentidos: o tratamento médico e o retorno ao trabalho que simbolicamente significa a própria cura:

"... preferi fazer tratamento em trabalho..." (D.104)

"... a alta do médico e no INSS foi pedida por mim.. estou fazendo uma tentativa de retorno..." (D. 107)

"...passei dois meses e voltei a ter sintomas... Fiz cirurgia delicada, mas somente do lado esquerdo, mas estou sentindo, agora que voltei a trabalhar e executar todas as tarefas, que piorei..." (D. 109)

"... já procurei médicos ortopedistas, fiz várias vezes fisioterapia e tratei com massagem... retornei para a função de caixa... trabalhei 4 semanas e fui novamente afastada..."

"... Estou somando, calculando, atendendo telefone e telefonando com a mão esquerda... Quando vou preencher um depósito que é carbonado não posso calcar muito, dói os tendões..." (D. 123)

"... depois de abandonar a Fisioterapia, sinto-me melhor, digo, consigo fazer quase todos os movimentos, menos abrir as tampas de rosca..." (D. 130)

"... Tenho a impressão que tudo isso não vai passar, mas procuro não lembrar e não vejo a hora de ter alta para voltar ao trabalho..." (D. 134)

"... Fiz tratamento psiquiátrico e psicológico (durou um ano), recuperei meu equilíbrio emocional... não me sinto curada, mas bem melhor..." (D. 175)

"...Quando abuso, sofro dores, mas tenho que me acostumar com a dor..." (D. 180)

"...sinto dores quase que direto e só consigo trabalhar 2 ou 3 dias por semana..." (D. 183)

"... sinto que o médico com o qual me trato não sabe o que fazer comigo..." (D. 184)

"...procurei um ortopedista que não soube diagnosticar... Fui para a Cirurgia... Depois de muita confusão, acabei voltando ao trabalho com perdas de movimento..." (D. 204)

"... não quis ficar muito tempo de licença... fiquei só dois meses... tentei trabalhar duas horas por dia no caixa mas não agüentei muito... (D. 206)

"... a ação dos medicamentos descompressivos acabou com a memória. Troquei o cérebro por uma agenda... Cirurgias, anestésias, mais medicamentos..."

"... achei então por bem usar minha licença prêmio... Preciso de tratamento e quero trabalhar enquanto isso ocorre. Não posso ficar freqüentando hospitais e médicos...implorei a outro médico que me operasse novamente..." (D. 210)

"...Pedi alta ao meu médico... me senti melhor voltando às minhas atividades... (D. 211)

"... Eu sofri três operações, sinto muita dor... já fiz de tudo e não vejo melhora..." (D. 212)

"... acabamos voltando para o trabalho... não consigo nem me segurar no metrô ou ônibus... cheguei a cair do ônibus... apesar de tudo, não agüento voltar para o INSS..." (D. 216)

"... o retorno ao trabalho foi pessoalmente satisfatório, mas sinto-me hoje uma pessoa limitada em minhas atividades, não só no Banco como em minha casa..." (D. 218)

"...Estou novamente de licença... sabia não poder realizar e informei aos responsáveis. Mal tentei e não fui capaz... A recidiva foi pior..." (D. 219)

"... aparecem as dores, procuro o médico sempre é diagnosticado LER. Vêm as imobilizações e as licenças. Depois a fisioterapia. Já faz tanto tempo..." (D. 225)

"... mas meu retorno não me causou transtornos, comecei a me acostumar com a idéia de ter algumas limitações... com o retorno das dores cheguei a ficar angustiado..." (D. 130)

"...Há muito médicos que não conseguem te dar um tratamento ou diagnóstico... por isso muitos se desanimam de consultar um médico..." (D. 237)

"...divergência entre os próprios médicos quanto ao diagnóstico e o tipo de tratamento mais adequado. Este fato nos leva à insegurança, sem saber a quem recorrer e em quem acreditar. Fiz vários tipos de tratamento: fisioterapia... uma série de medicamentos, passei por cirurgiões e especialistas em mãos e obtive respostas diferentes. Tenho indicação para uma cirurgia que até o momento não fiz... especialistas em que passei não indicam, no momento, o tratamento cirúrgico... outros especialistas só acham solução para a LER. através da Cirurgia, mas sempre frisando que o resultado pode não ser 100 %... seria.. uma tentativa..." (D. 67)

"... Gostaria que se descobrisse um tratamento eficaz e não usassem nós como cobaias. Os médicos estão testando os tratamentos, nem eles sabem como tratar as LER. (D. 239)

"... dizia que eu tinha um cisto no punho, durante dois anos me fez infiltração; no terceiro ano indicou uma cirurgia para retirar o cisto. Feita a cirurgia, ele constatou que não havia e fechou a cirurgia. As dores aumentaram..." (D. 94)

"... Sentia-me pior, a dor aumentava, o tratamento não resolvia nada. Sentindo-me inútil voltei ao trabalho. Voltei a tratar em agosto de 94, devido a inchaço no punho e aumento da dor..." (D. 248)

"... retornei às atividade... voltei ao meu médico e este pediu novamente meu afastamento... O médico perito falou-me que eu não tinha mais nada e já assinou minha alta... voltei ao médico e ele me afastou por mais 60 dias. Procurei a DSO... Esta me fez um relatório encaminhado ao INSS contestando

minha alta. Foi pedido pelo perito um exame de eletro-miografia... recebi alta novamente..." (D. 257)

"... tive que voltar aos remédios e às sessões de fisioterapia, desta vez por oito meses até o afastamento. Ainda me encontro afastada..." (D. 275)

"... consultei meu clínico geral... tomei uma série de remédios... resolvi procurar outro... e ele disse que talvez fosse a posição que eu trabalho... médicos da DSO... que teríamos de procurar um cirurgião de mão (ortopedista)... ele não poderia fazer muita coisa pois os resultados sobre LER eram muitos vagos e ele não poderia diagnosticar apenas pelo que falávamos... e toma remédio outra vez... fui a outro médico ortopedista... e ele me mandou trabalhar mais 10 anos, que eu não tinha nada... já estava, com vergonha de tanto repetir a mesma história... achando que tudo fosse psicológico mesmo..." (D. 345)

"... o médicos quis, no primeiro momento fazer a operação. Optei por outros métodos (engessamento, pomada local... infiltração). (D. 279)

"Depois de ter feito a cirurgia, achei que poderia voltar a trabalhar no caixa, voltei e fiquei com dores e formigamento... voltei ao médico e ele pediu para que saísse do caixa pois estava com tenossinovite..." (D. 284)

"... fiz acupuntura e não senti muita melhora, estou fazendo R.P.G., alongamentos que doem muito mais ainda... (D. 289)

"... esta doença tem cura?... estou cansada de tomar tantos remédios e fisioterapias..." (D. 296)

"... minha vida é viver em médico, palestras e drogada de remédios. Estou há três anos afastada. Graças a Deus encontrei... um médico maravilhoso, que é humano, que entende do problema..." (D. 306)

"... tive uma piora muito grande e me afastei de novo. Quero voltar a trabalhar quanto antes, mas estou com pavor da mesma situação..." (D. 309)

"... e o último exame que fiz acusou que estava pior, embora esteja de licença. E o médico só diz que é assim mesmo, não explicando porque... (D. 315)

"... contínuo em tratamento médico, mas temo ter esgotado todos os recursos... sinto-me desanimada e tenho medo do futuro..." (D. 320)

"...voltei a trabalhar no setor de conta corrente até 31 de agosto de 94, mas sem interromper o tratamento... na data de 01/09/94, afastou-me novamente do trabalho devido ao agravamento das dores que sinto..." (D. 327)

"... após o tratamento fisioterápico, as dores aumentaram... optei por não fazer fisioterapia. Apenas tomo medicamentos..." (D. 315)

"... Retornei ao INSS pela 2a. vez, depois de uma cirurgia, ficando afastada 2 anos. Estou prestes a retornar pelo mesmo motivo, agora agravado bilateralmente..." (D.331)

"... Tive bastante melhora na ocasião e minha médica escreveu... pedindo alta. A Perícia não aceitou... Obtive alta por insistência minha.. logo senti que no dia a dia era bem mais sacrificado que no estágio... o que me gerou mais uma vez tremendo desgaste físico e mental que me provocou fortes depressões... novamente saí de licença..." (D.332)

"...mesmo depois de uma cirurgia, não tive muita melhora, o médico, Dr(...), disse que se continuar, terei que operar novamente. Meu estômago não está bem, porque tomo tanto remédio. (D. 334)

"... os medicamentos são fortes e praticamente de nada adiantam, fiquei afastada 75 dias, regressei há menos de três semanas e as dores voltaram fortes..." (D. 339)

"... faço sessões de Fisioterapia há 3 anos... me recordo que o médico que fui, quando fiz eletroneuromiografia, ele queria me afastar e eu relutei..." (D.338)

As mazelas institucionais

A frustração com a medicina que deveria prover os meios para a cura e a recuperação plena da capacidade de fazer as coisas que antes o adoecido fazia, garantindo retorno tranquilo ao trabalho, é agravada por um surpreendente

emaranhado de dificuldades no atendimento e por exigências, desconfiança e maltratos.

"... os peritos não conhecem a doença. Não sabem que em trinta dias não estaremos curados, pois quase todos eles nos pedem para voltar nesse período, o que é muito pouco..." (D. 95)

"... me vi muito abalado. O tratamento recebido pelos médicos, pelo INSS contribuiu para isso..." (D. 97)

".. o CRP por sua vez, tem um papel meramente figurativo (no meu caso até hoje não se fez presente no meu estágio) e não ajuda muito na readaptação..." (D. 87)

"... sempre quis voltar ao trabalho, porém ao ser encaminhada para o C.R.P. tive que aguardar 6 meses por uma primeira entrevista..." (D. 101)

"... o maior problema dos afastados é o INSS onde somos maltratadas.. acham que não queremos trabalhar porque estamos ganhando na moleza... na última perícia minha, o médico me virou os braços para todos os lados, apertou... nos outros dias tive dores horríveis. Pior é que a gente tem que ficar quieta, sem ter para quem reclamar..." (D.116)

"... eles estão dando alta para os funcionários, sem saber se eles estão aptos para isso. Se eles acharem que devem dar alta, dão e ponto final..." (D. 162)

"... durante todo o tempo que estive de licença, sofrendo humilhação do INSS.... mesmo quando reabilitada, sem condições de retornar e sem alta médica, não foi feita uma perícia de avaliação com profissionais capacitados... Isso é muito revoltante!..." (D. 176)

"... marcaram a Perícia, o médico me deu alta. Pedi uma CAT retorno, novamente encaminhada ao INSS... novamente tive alta... (D. 191)

"... Tive alta do INSS, mas estou com uma ação na justiça, pois o INSS se nega a me dar licença..." (D. 217)

"... minha médica escreveu uma carta ao INSS para me encaminhar para esse órgão (CRP). O médico do INSS se recusou a receber a carta, fui maltratada pelo médico, que me deu alta dizendo que ia dar alta a todas as pessoas com LER. (D. 197)

"... o médico do INSS não quis me mandar para o CRP, concluindo em seu cartão pericial: ALTA SEM SEQUELAS..." (D. 211)

"Estive afastada por esses problemas de LER de 1987/1988... até que em Dez/1989, o INSS aceitou meu problema como doença profissional..." (D. 214)

"... o que achei incrível foi que depois que o INSS me mandou para CRP, já cheguei lá para praticamente voltar a trabalhar, pois a psicóloga achou que minha cabeça está ótima, a terapeuta ocupacional só nos chamou para dizer que temos que nos acostumar com a dor, o médico do CRP nos fala que estamos lá só para ganhar os 40 %. Acabamos voltando para o trabalho... não consigo nem me segurar no metrô ou ônibus... apesar de tudo não agüento voltar para o INSS para ser maltratada..." (D. 236)

"... dependendo do INSS me chamar para a reabilitação. Esta demora de 9 meses, às vezes, me incomoda..." (D. 238)

"...pois as pessoas da DSO e do INSS, mais especificamente do CRP, tentam convencer que você não tem lesão mecânica de tendões e sim desvios psicológicos. Taxam de loucos e desajustados os doentes..." (D. 44...-NB)

"... de mês em mês, ou de dois ou três meses, sendo obrigada a fazer perícia médica no INSS, o que nos causa apreensão muito grande... porque vivemos sempre tensos, sabendo que de uma hora para outra, teremos que retornar ao trabalho sem grandes melhoras... volto na semana que vem... quase da mesma maneira que saí: estou com o braço todo retalhado, a dor é diária e não há mais nada o que fazer, a não ser aceitar a decisão do INSS . (D. 254)

"Fiquei afastada 1 ano e 2 meses. O INSS deu alta.. retornei às atividade... meu médico... pediu novamente meu afastamento... o médico perito falou-me que eu não tinha mais nada e já assinou minha alta..." (D. 257)

"... o médico do INSS me encaminhou para o CRP dizendo que essa doença é crônica... e que não adianta continuar afastada do trabalho..." (D. 258)

"... estou aqui questionando até que ponto é válido o CRP... já que as datas de entrevistas são super-espaçadas..." (D. 273)

"...tratamento agressivo por parte de recepcionistas do INSS." (D. 277)

"... porque o CRP dá alta do tratamento, alegando que a gente já ficou 6 meses... eles (não são todos) não querem saber se você melhorou ou não. O que eles vêm é o prazo em que se está tratando..." (D. 316)

Os limites

Ao mesmo tempo, o comportamento de chefes e colegas não adoecidos, reforçam a frustração com a medicina e as instituições envolvidas, tomando uma feição francamente recriminatória. As restrições impostas pela doença, a queda de produtividade e a assunção de algumas prerrogativas e direitos previdenciários são tomados como privilégios. As pressões são tantas que os adoecidos transgridem os limites da capacidade de trabalhar que o adoecimento obriga.

Esses limites impostos pela dor são vivenciados como perdas e lembrados com seu recrudescimento que o fazer acima deles acaba provocando. Mas a limitação da capacidade de trabalho acaba sendo vivenciada como uma realidade, uma necessidade de viver sob condições novas:

"... tenho medo de sair de licença novamente, pois a experiência anterior de afastamento, trouxe-me aborrecimentos e discriminação..." (D. 9)

"... mas quando você tem limites, você é marginalizado em qualquer setor, não só pelos administradores, mas também pelos seus próprios colegas..." (D. 24)

"... uma supervisora direta disse-me que tenho que informar ao INSS que não vou perder a comissão de caixa, porque então receber os 40 % do auxílio?..." (D. 27)

"... A DSO queria me readaptar para um serviço muito repetitivo e desgastante. Recusei fazer o estágio e a DSO mandou procurar vaga...

Aí começou o sofrimento. Dentro do próprio Banco as portas se fecharam... quando a gente fala da doença para o administrador a vaga desaparece. (D. 77)

"... cobrança no desempenho das atividades no mesmo nível do funcionário sadio..." (D. 73)

"... a volta a estar de licença será inevitável pois a administração da agência não se preocupa em manter períodos de pausa, nem com a função exercida pelos lesionados, submetendo-os a trabalhos que exigem esforços repetitivos..." (D. 74)

"... nem supervisora de agência... ao meu ver sair de licença/LER : "LER não é caso para o DSO e sim de auditoria"(D.8)

"... digitando talões de cheque, cartão, arquivando talões, ticando as relações de talões... volante sem lugar para sentar, atendendo o cliente de pé, buscando talões, preenchendo depósitos, empurrando a porta de segurança mais de 50 vezes por dia..." (D. 70)

"... estive afastada duas vezes. No início do retorno (adaptação) funciona bem. Depois de um determinado período retornam todas aquelas tarefas que te levam ao afastamento, devido, principalmente à falta (carência de funcionários). ... deve haver uma política de readaptação dos já atingidos..." (D. 86)

"... a volta ao trabalho se dá de maneira inadequada. Tanto os administradores quanto os escriturários, com raras exceções, não entendem ou não acreditam na intensidade de dor e na preocupação que temos com as limitações adquiridas... normalmente aos piores serviços (aqueles que eles acreditam que não nos incomodarão fisicamente), é que somos encaminhados..." (D. 87)

"... voltar ao trabalho assim como eu? Mesmo estando limitado, no meu setor de trabalho faço o que um escriturário que não tem LER faria, porque não quero causar a impressão de que não estou colaborando..." (D. 88)

"... se eu voltar a fazer todas as atividades a doença volta... quero cuidar da minha saúde... (D. 118)

"...resisti um pouco para assumir as limitações... não adianta eu achar que esta tudo bem... ignorando o problema eu só tenho a agravá-lo..." (D. 120)

"... Afinal, LER não é o final do mundo para mim. Há muitas coisas que a gente pode fazer (sabendo) conhecendo os nossos próprios limites..." (D. 153)

"... sei que muitos afazeres eu não posso fazer... sei que tenho que conviver com isso... Acho que posso ficar trabalhando, o.k....." (D. 170)

"... Fiz tratamento psiquiátrico e psicológico (durou 1 ano), recuperei meu equilíbrio emocional... não me sinto curada, mas bem melhor... movimentos repetitivos fazem voltar a dor... arrumei alguém para ajudar em casa, mas é inevitável eu ter de carregar a criança, dar de mamar..." (D. 175)

"As LER nos deixam de alguma forma discriminados não inúteis...se não sirvo para trabalhar no caixa, posso fazer muitas outras coisas. Aprendi que temos que nos adaptar..." (D. 174)

"... Quando abuso sofro dores, mas sei que tenho que me acostumar com a dor..." (D. 180)

"... eu fiz minhas próprias limitações e estou suprindo as dificuldades que aparecem..." (D. 204)

"... Hoje sei dos meus limites... aceitei a minha posição e parei de enxergar o futuro incerto... Sinto que hoje trabalho com mais liberdade, sem pressão. Não posso dizer que estou feliz, mas bem melhor..." (D. 206)

"... mas sinto-me hoje uma pessoa limitada em minhas atividades, não só no Banco como em minha casa..." (D. 218)

"...mal tentei e não fui capaz... a recidiva foi pior. Eu descobri que minha limitação é maior do que eu imaginava... mas eu não desisto... vou conseguir melhorar..." (D. 219)

"... eu estava acostumada a viver para o lado profissional e nisso a doença me prejudicou bastante. Tenho que trabalhar dentro dos limites onde o trabalho não me prejudique..." (D. 223)

"... os problemas com o trabalho foram resolvidos com a discriminação das atividades. Aparecem as dores, procuro o médico..." (D. 225)

"...os limites que vão se impondo pela dor, fazem-nos sentir inferiorizados e sensíveis à postura dos outros... Essa situação exige de nós um movimento interno forte e vigoroso, no sentido de não nos entregarmos ao desespero e à baixa da auto estima. Percebi que quase tudo dependia de mim para a mudança de situação interna e externa...às vezes, a doença nos pega num momento em que estamos vivendo como um barco ao sabor das ondas, não temos qualquer controle sobre nossas emoções e sentimentos, perdidos diante de nova realidade. Isso só agrava e intensifica a dor..." (D. 134)

"... mas o que tem me incentivado, apesar de ter feito tanto tratamento, tomar tantos remédios, foi o fato de meus familiares e amigos me mostrarem um outro lado que ainda era bom... Ter LER. é aceitar limitações manuais e não mentais..." (D. 230)

"...a pessoa deve aprender a conviver e evitar o que lhe causa crises e dores..." (D. 256)

"... ainda hoje tenho alguns limites, procuro respeitá-los em minha rotina diária e tenho trabalhado normalmente sem dor e me sinto completamente reintegrada ao meu ambiente de trabalho..." (D. 339)

"... as atividades são restritas e a nossa capacidade também. Com ajuda... conseguiremos chegar lá..." (D. 310)

"... a aceitação e o estado psicológico melhoraram muito. Estou convivendo com o problema de uma forma mais tranqüila..." (D. 314)

"... tenho limitações, mas aprendi a conviver com elas. Até o momento consegui administrar minha vida dentro dessa nova realidade..." (D. 333)

"...quando adquiri a doença, meu estado psicológico era ruim. Quando me afastei, procurei refazer uma série de conceitos. E quando retornei ao trabalho, adquiri uma outra visão de encarar as tarefas e o meu papel enquanto funcionária; luto sempre contra minha necessidade de perfeccionismo..." (D. 34)

"... é um fato com o qual tenho que viver e o tenho feito do melhor modo... de modo a manter meu gosto pelas coisas e pela vida..." (D. 28)

Adeus ao trabalho ?

Presos à realidade concreta e cotidiana, os adoecidos não se queixam da natureza do trabalho bancário. Ao contrário, as declarações são explícitas de que gostam do que fazem e sentem a necessidade existencial de trabalhar.

"... não vejo a hora de ter alta para voltar ao trabalho. (D. 134)

"... quero muito voltar ao trabalho.... o pior de tudo é não poder datilografar... sempre gostei de ser operadora de telex..." (D. 144)

"...acho que posso ficar trabalhando, OK" (D. 171)

"não podia ser caixa, função que adorava e trabalhava com muito prazer e muito mais do que meu horário de seis horas, sem descanso..." (D. 206)

"... sinto muita saudade do Banco, dos amigos, do convívio, da carreira... e sinto saudade de ser útil..." (D. 208)

"... quando foi constatado a 1ª vez que tinha LER. fiquei decepcionada, pois gostava (ainda gosto) do que fazia (trabalhar no caixa)..." (D. 230)

"...eu executava serviços técnicos de alto nível, participava de grupos de trabalho..." (D. 231)

"... o que me deixa triste é estar fora de minha função como escriturária-caixa, o que muito gosto de fazer..." (D. 262)

"... Estou afastada do caixa (gostava dessa função)... (D. 264)

"... sempre trabalhei no caixa porque gostava do serviço e por estar sempre em contato com os clientes..." (D. 292)

"... adoro ser caixa"... (D. 328)

"... trabalho no setor de tributos... Gosto do meu trabalho..." (D. 335)

"... caixa por prazer, para ser prático, estar diretamente com o povão..." (D. 345)

A tomada de consciência

O sofrimento, a procura da cura, os limites, as tentativas de retorno ao trabalho acabaram aproximando os adoecidos uns dos outros, abrindo espaço para a intersubjetividade de sentimentos, experiências e falas que percebem comuns, levando-os a uma nova compreensão de seu adoecimento, conseqüências e soluções que transcendem o plano individual. Passaram a entender que seu adoecimento tem próximos uma causa (o trabalho) e um responsável imediato (a empresa). Apreenderam que essa é uma questão que, por vitimar e ameaçar coletivamente os trabalhadores, comporta saídas de igual conteúdo:

"... percebo que há necessidade de uma mudança estrutural para tanto... Espero que o que se faz aqui seja o início disso..." (D. 28)

"... é importante que tenhamos contato com mais pessoas passando por isso..." (D.11)

"...necessitamos nos unir, nos sentirmos mais fortes nesta luta..." (D. 36)

"...É importante um trabalho bem amplo de esclarecimento de importância da participação de todos, mesmo daqueles que se julgam "imunes", quando no fundo são futuros portadores de LER em potencial..." (D. 37)

"...Tendo em vista tantos casos de LER, tem que ser dada a devida atenção à todos, mas deve ser feita alguma coisa para que não apareçam mais casos. Tratamento preventivo e deve ser discutido no ambiente de trabalho de cada um..." (D. 43)

".. ao lado da prevenção deve haver uma política de readaptação dos já atingidos..." (D. 14)

"... existe na minha agência um grupo de saúde que tem tentado esclarecer tantos os escriturários como os administradores em relação à importância da prevenção da doença..." (D. 37)

"...o administrador é peça de fundamental importância no combate ao surgimento de novos casos de LER, bem como na rápida readaptação do funcionário afastado. Na verdade, ele pode ver um elemento tipo catalisador que tanto pode favorecer o processo numa ou noutra direção. Quanto antes o Banco atuar com informações e treinamentos após a conscientização desses elementos, mais proveito tiraremos todos dessa guerra..." (D. 102)

"... principalmente na época atual da nova moeda e política econômica, onde temos que enfrentar o corte das horas extras, o temido arrocho salarial (espero que só temido e não realizado) e possível quadro de demissões de funcionários, o que aumentará ainda mais a carga de serviços.... precisamos nos unir e contar uns com os outros..." (D. 111)

"...depois do Encontro da AFUBESP, do qual participei, nasceu um pontinha de esperança, pois podemos ter uma entidade ao nosso favor..." (D. 118)

"...Faz-se necessário esclarecer os dirigentes, administradores do Banco... nenhum funcionário pediu para ter LER. Parabéns, AFUBESP..." (D. 124)

"...Hoje luto para os demais colegas não passarem pelo que sofri por culpa de pessoas mal-esclarecidas, como esse gerente e demais colegas..." (D.146)

"...já os colegas da mesma função se solidarizam... é um problema que eles, também, estariam sujeitos..." (D. 148)

"... tem que ser feito um trabalho de conscientização... muitos ainda acham que a doença é psicológica..." (D. 165)

"... à AFUBESP pelo empenho em conhecer melhor a doença e procurar prevenção, diagnóstico a tempo, para que não tenhamos mais colegas nesta situação tão triste.

"...a falta de informação sobre a doença ainda é muito grande, tanto para as pessoas com sintomas, quanto para a administração. (D. 177)

"...É muito triste ver o tempo passar e você sentir que nada mudou, os guichês continuam altos, como as máquinas, as cadeiras são ruins, se trabalha de pé..." (D. 202)

"...Tomara que coisas boas aconteçam e providências sejam tomadas para que outros colegas não venham passar por isso que estou passando há 7 anos... Força nessa luta que é nossa..."(D. 214)

"... o que realmente falta é uma conscientização exata por parte das empresas (Bancos), do que deveria ser feito a título de profilaxia, para se evitar ou tentar diminuir com certeza o número de casos, uma conscientização geral..."(D. 220)

"... Falta consciência dos próprios bancários com relação à gravidade da LER... Falta seriedade do Banco e dos chefes (chefes e gerentes)... inclusive de vários colegas. Falta uma ação mais eficaz do sindicato... Falta uma abordagem mais competente para o tratamento..."(227)

"... considero muito importante a iniciativa do NUSAT e quero crer que não estou só na superação dos problemas advindos dessa amarga experiência..."(D.228).

"... O lado mais fraco sempre arrebenta... mas o trabalho que vocês estão fazendo já me deixa bastante feliz..."(D. 230)

"... Gostaria que a AFUBESP pudesse incrementar campanhas intensas de prevenção das LER.... coloco-me à disposição da AFUBESP em minha agência..."(D. 234)

"...a batalha anti LER deve iniciar-se pela prevenção realmente efetiva e prática e pelo combate ao preconceito: Parabéns pelo jeito de convocar esse Encontro (D. 236)

"... É extremamente necessário a orientação precoce... também a prevenção, pois se nada for feito, o Banco vai implodir..."(D. 67).

"... Após o Encontro tive contrações e quase perdi o bebê... Tive de ir até o local do Encontro de ônibus e metrô... Valeu a pena. Mantive contato com gente sofrida, humilhada, carente, cheia de dores que largou casa e filhos (e até vieram do interior um dia antes) para tentar achar uma luz no fim de um túnel que ninguém avisou que era escuro...

Fora isso que fosse feita uma campanha de solidariedade aos portadores e de prevenção aos sadios... (D. 137)

"...Quando encontramos pessoas com LER. nos corredores do INSS ou nos consultórios, há uma identificação tão interessante, uma compreensão mútua tão consoladora, sentimos um grande alívio por não sermos únicos, não sermos anormais, entender que apenas tivemos a infelicidade de desenvolver a LER., mas que podemos nos tratar, a vida continua e há esperanças para nós e, podemos até ajudar uns aos outros..."(D. 249)

"...a amarga experiência de conviver com a LER. precisamos é mesmo disso: muito apoio. Encaro meu problema como mais um desafio... se a ajuda for mútua, grandes progressos surgirão..."(D.272)

"... o importante é que as campanhas, palestras, matérias nos jornais... continuem, pois só assim se evitam que novos casos apareçam..."(D.285)

"... Espero que todos que tem LER. se manifestem... existem colegas que não têm mais cura e que estão desesperados..."(D.287)

"...Estou à disposição para qualquer tipo de trabalho que queiram levar até nossos colegas, pois sei que o problema é sério e precisa ser debelado..."(337)

"...Para entrar no Banco prestamos concurso, esperamos um bom tempo para a admissão e quando assinamos o contrato, estamos em perfeita saúde, porque passamos por avaliação médica do Banco. Ninguém nos informa que estamos nos encaminhando para uma função de risco... O que exijo do Banco é que me respeite como ser humano e que assuma que minha invalidez é de responsabilidade da empresa, portanto, que me proporcione, ao menos, condições de ter um bom tratamento..."(D. 47)

"... Entro no Banco com saúde e saio prejudicada. Isso não tem cabimento..."(D. 48)

"... total despreparo e ou desconhecimento da Administração e Diretoria do Banco quanto ao tratamento "humano" dispensado aos funcionários com LER. (D. 49)

"... Quando senti os primeiros sintomas procurei a gerência administrativa e solicitei por várias vezes a redução do serviço ou mudança do mobiliário (fazia serviço de extra-caixa). A resposta obtida foi que caixa trabalha no guichê..."(D. 53)

"...fui muito pressionada pela administração, por falta de funcionários, acúmulo de serviços, sobrecarga de horário, tendo que ficar direto no caixa 6 a 7 horas, mal tendo tempo de almoçar ou ir ao banheiro..."(D. 69)

"... por ter a função de digitador há longo tempo, sem rodízio, com jornadas de trabalho de até 14 horas diárias, horas extras demasiadas há tempo..."(D. 71)

"... éramos muito ágeis no serviço. Gostávamos de trabalhar rapidamente. Talvez fruto do ambiente competitivo ou pressão do horário (CESER); ou parte de nossa personalidade, não sei; ou talvez por não medir esforços quando solicitados..."(D. 72)

"... nos últimos tempos estava eu trabalhando 10 ou até 12 horas por dia..."(D. 105)

"... essa ansiedade, o nervosismo que sempre acompanha os dias de pagamento e minha inquietude natural, talvez tenham contribuído para o aparecimento do problema..."(D. 111)

"... acredito ser a LER. muito ligada às tensões..."(D. 138)

"... Espero que o Banco crie logo métodos de prevenção para evitar a doença, pois na prática, nas agências nada disso acontece..."(D. 172)

"... muitas coisas foram feitas para dar melhores condições de trabalho, ex: mudança de guichês, apoio para os pés... mas ainda faltam cadeiras adequadas... nunca chegaram..."(D. 198)

"... o Banco deve preservar seu patrimônio humano..."(D. 201)

"... não somos um número de matrícula desprovido de sentimentos... Pena que os diretores não vejam que embaixo deles existe uma grande maioria de funcionários insatisfeitos..."(D. 202)

"...caixa, uma função que adorara e trabalhava com muito prazer e muito mais do que meu horário de seis horas sem descanso..."(D. 206)

"... A doença e sua inevitável conseqüência em relação à capacidade de trabalho (produção) precisa ser esclarecida e respeitada pela Administração do Banco. A má distribuição do trabalho/funções/tarefas está sempre presente... além, é claro, da pressão, desorganização, prepotência da administração... Horas extraordinárias, transformados em horários normais... rápida execução de tarefas... (D. 213)

"...Cheguei à conclusão que há três culpados por eu ter adoecido: 1o.) A Administração, pois por mais que pedia ajuda para dar conta do serviço, por mais que reclamasse da dor, nunca fui ouvida e nem foi feito nada para diminuir a quantidade de tarefas, pelo contrário, me davam mais e mais; 2o.) o médico.. não conseguiu discernir a gravidade...; 3o.) Eu mesma por ter trabalhado tanto..."(D. 67)

"...Só não acredito que o Banco tenha um interesse efetivo em prevenir a doença..."(D. 247)

"...com o tempo e o acúmulo de serviço, as dores apareciam com minutos de trabalho no caixa. Com a saída de um dos caixas com LER., o serviço se intensificou, as horas aumentaram, as filas também e a pressão da chefia..."(D. 268)

"... Pouca coisa mudou no que tange a uma ação preventiva da doença por parte do Banco... preconceito e incredulidade em relação à LER existem na cabeça da maioria dos administradores..."(D. 348)

"...as máquinas - colocadas do lado esquerdo do guichê, provocando maior movimentação do braço e do corpo... guichês de caixa relativamente altos, fazendo com que os braços fiquem mais levantados. A postura nas cadeiras também é prejudicial..."(D. 291)

"...era apaixonado pelo que fazia.. não media esforços para chegar bem mais cedo ao trabalho... nunca tive pressa para parar logo com o trabalho... só o fazia além do meu horário..."(D. 308)

".. funcionário do BANESPA há 24 anos... Sempre senti pressões dos administradores... sempre trabalhando fora do horário, de 2 a mais horas fora do horário, trabalhando rápido, sob forte tensão. Acho que isso ajudou muito para eu ter LER. ..." (D.313)

"...Quer queira quer não, o Banco, os colegas acabam exercendo pressões que vêm de todos os lados..."(D. 324)

"...os móveis e utensílios são inadequados... principalmente aqueles destinados aos caixas..."(D. 325)

10. OUTRAS TESES E UMA SEGUNDA ANÁLISE

Decifrando as falas

“ O caçador teria sido o primeiro a "narrar uma história" porque era o único capaz de ler, nas pistas mudas (se não imperceptíveis) deixadas pela presa, uma série coerente de eventos .” Decifrar "ou "ler" as pistas dos animais são metáforas. Sentimo-nos tentados a tomá-las ao pé da letra, como a condensação verbal de um processo histórico que levou, num espaço de tempo talvez longuíssimo, à invenção da escrita”
C.Ginzburg (1990)

Como explicar ao longo desses anos, o alheamento que percorre todas as estruturas de poder do banco, incluindo os órgãos técnicos diretamente responsáveis pela vigilância desse tipo de problema, apesar de sua frequência crescente?

Admita-se, como faz um dos depoentes, não sem uma ponta de dúvida, de que se trate de uma *"ignorância"* real, sem dar a essa palavra qualquer sentido pejorativo, simples desconhecimento de diretores, gerentes e administradores sobre o que estava a acontecer com a saúde dos seus subordinados. Presume-se que esse desconhecimento não se inscreva de hábito nos anais das empresas, que construíram, sabe-se, sistemas de controle e informação bastante eficazes. Se assim é, nenhum desconhecimento ou desinformação é inocente, faz parte de uma política.

O desconhecimento tem, porém, nos diversos níveis hierárquicos, conteúdos e nuances diferentes. Os diretores seriam menos *"informados"* e sentem-se menos responsáveis, porque distanciados do local onde os que realizam o trabalho mais manual, os trabalhadores de nível hierárquico mais baixo adoecem, conseqüentemente ignoram a ocorrência dos fatos cotidianos, fora de sua alçada e do seu olhar. Para eles, trabalhadores adoecidos ou não, são uma abstração. Ouvem, cada vez com mais frequência, falar de LER, mas essa doença é uma abstração maior ainda. Podem argumentar, não sem uma pitada de razão, que a administração central está voltada para o cumprimento de outras funções, mais diretamente ligadas às missões e objetivos do Banco.

É sob esses aspectos, quando a partir de determinado momento, há o comprometimento da capacidade de trabalho de um contingente crescente de sua força

de trabalho, ameaçando metas e objetivos e aumentando despesas, que as LER passam à ordem do dia da diretoria. E aí já se passaram anos. É, principalmente, dentro da ótica de força de trabalho que são vistos os empregados dessa ou de qualquer outra empresa.

Faz sentido, pois, a percepção dos adoecidos, sobre "*a falta de tratamento humano*" dispensado pela diretoria do Banco. O "*desconhecimento*" sobre os sentimentos das pessoas subordinadas, o trato e distrato das suas necessidades e problemas fazem parte da desumanização das relações de trabalho, marcadas pela verticalidade e impessoabilidade.

Para os adoecidos, no entanto, os diretores não são culpados pelo seu adoecimento, mas por não resolverem o problema LER. e as necessidades que engendram. O benaplácito da desinformação lhes é concedido, mas não o da omissão.

O comportamento da diretoria em relação às LER. se reproduz ao nível das macro-gerências ou diretorias regionais, apesar de sua maior proximidade com os locais onde o trabalho manual mais se realiza. Mas as informações que lhes chegam são fragmentadas, restritas à sua área e seu poder de intervenção é menor. A circunstância de constituírem um poder intermediário e pouco visível, é que as fazem mais protegidas da acusação de responsáveis ou co-responsáveis.

Tal proteção não têm as gerências, administrações e chefias locais. São de todos os escalões hierárquicos superiores o de menor poder, mas onde o poder se exerce sem disfarce. Sabem, razoavelmente, o que ocorre com os seus subordinados e com a saúde deles, mas ao contrário, ignoram o que está fora do seu campo visual, com relação aos subordinados dos outros. São os mais expostos, os mais visíveis e, simultaneamente, os que mais têm obrigação e oportunidade de ver, enxergar o cotidiano. Se não o fazem é por estar despreparados ou por não querer.

Como diz um depoente, os casos em sua agência são dois, raros portanto. Desse modo ele e o outro adoecido são considerados "*estranhos*". Se os casos são raros em cada local de trabalho, a presunção é que o número de casos no conjunto dos locais seja insignificante, estranho ou exótico. Prevalece a impressão local.

O silêncio da administração superior sobre a verdadeira dimensão do problema LER, corrobora para essa percepção fragmentada e equívoca das administrações locais. Essas não vêm esse modo de adoecimento, novo para elas, como decorrência do trabalho, apesar de haver se tornado, progressivamente, um grave problema de saúde dos trabalhadores de sua unidade e do banco. E, ao não compreender sua magnitude, administra-o ou tenta, individualizando-o, como caso e coisa fortuitos.

E o fazem, como costumam fazer com outros casos e coisas, de várias maneiras, a mais comum duvidando do subordinado queixoso que apresenta queda de produtividade e se ausenta, alegando estar adoecido de uma doença que negava e

ocultava. O caminho mais fácil é responsabilizar o próprio subordinado, vindo no ato de adoecer, uma forma disfarçada de insubordinação. É um modo de invalidar suas queixas, problemas e necessidades e, com isso, precaver-se do aparecimento de outros casos e queixas semelhantes.

Invalidar pessoas que têm sofrimentos, sempre solitários e que lidam com medos, ameaças e perdas concretas não é difícil; mas fácil ainda se é mulher, indo da insinuação pouco sutil de "*estar ou ser nervosa*", ao xingamento escrachado de "*estar louca*". As LER. são ditas manifestações "*psicológicas*", insinuando-se uma debilidade psíquica intrínseca do adoecido e sua auto-culpabilidade. E como os adoecidos, em sua maioria, são mulheres, as LER passam a ser um atributo feminino, "*coisas de mulher*", expressão carregada de preconceito que mal disfarça a estratégia de inibir a revelação da doença por parte dos homens adoecidos.

A prevalência três vezes maior de LER. no gênero feminino é, sem dúvida, um fato atordoante, mas talvez fosse menor se não houvesse esses juízos depreciativos ao gênero dos que mais adoecem e aos adoecidos.

A essa altura, vale indagar que empresa que funcionasse em um único local de trabalho, suportaria que 5% dos seus trabalhadores diretamente ligados à produção estivessem adoecidos e 2,6% afastados por uma mesma doença do trabalho, sem tomar conhecimento e providências compatíveis com a gravidade da situação e sem originar protestos e resistências dos trabalhadores e de suas entidades.

A dispersão dos trabalhadores por 1.700 dependências, entre elas, seiscentas agências, favorece o ocultamento do que está a ocorrer em cada uma. A produção de informações que não sejam aquelas relacionadas aos objetivos específicos da empresa é precária e seu tratamento pior.

O órgão que deveria processá-los, a Divisão de Saúde Ocupacional e Relações do Trabalho (DSORT) que assume as atribuições do serviço especializado em engenharia de segurança e medicina do trabalho (SESMT) que a legislação obriga, tem sido incapaz de formular políticas e ações compatíveis com a gravidade da situação, corroborando a tese que a desinformação não é inocente, mas parte de uma política. O que parece ter exposta essa não inocência e essa política, foi o descontrole da situação que põe em risco a produtividade do Banco.

Pelos depoimentos, a negação da doença e as práticas discriminatórias não se restringem aos administradores locais. Caixas, escriturários e chefias menores "*sadios*" têm comportamento parecido. A negação e o preconceito envolveriam, também, os companheiros que realizam o mesmo trabalho, sujeitos a adoecimento igual.

Os acidentes de trabalho típicos geram conhecido sentimento de horror e freqüentes, embora passageiras, manifestações coletivas de revolta contra violência

tão explícita. No entanto, a tese da culpa do acidentado pelo próprio acidente se sustentou por várias décadas no país, alicerçada na teoria tão cínica quanto perversa, de que a maioria tinha como causa o "*ato inseguro*" praticado pelo trabalhador. Técnicos e tecnocratas patronais a difundiram largamente nos Congressos Nacionais de Prevenção de Acidentes (CONPAT), nas Semanas Internas de Prevenção de Acidentes (SIPAT), nos cursos de engenharia de segurança e medicina do Trabalho e nos de formação de cipeiros. Resíduos dessa teoria e desses discursos ainda impregnam a consciência dos trabalhadores, introjetados por uma propaganda maciça (Carmo & col., 1995: 439-443). Mas foi impossível negar o número crescente de intoxicações por vapores e gases de chumbo, dissulfeto de carbono, benzeno e mercúrio, de pneumopatias provocadas por poeiras e de surdez devido ao ruído, em decorrência dos processos industriais, evidências físicas e químicas objetivas das condições e ambientes de trabalho.

Só a mensuração de agentes patogênicos nos locais de trabalho e sua comparação com os discutidos e discutíveis níveis de tolerância da legislação, no entanto, permitem a caracterização da insalubridade e risco do ambiente e a responsabilização, quando muito reparadora, da empresa e do empregador. Ainda assim, tem sido muito difícil, mesmo para as categorias de trabalhadores mais organizadas, sujeitas a tais agravos, elaborarem, além de denúncias e protestos, políticas e ações sistemáticas, capazes de obrigar o patronato a alterar processos de produção com vistas à prevenção de acidentes e doenças tipificados como do trabalho.

As LER padecem dessa materialidade e possibilidade física de mensuração. Uma portaria ministerial de 1987 e uma norma técnica do INSS, de 1992, admitem-nas como doença do trabalho e identificam os movimentos repetitivos como causa principal e mais próxima. Esse nexo de causalidade é evidenciado pelo número de casos em determinadas atividades e funções.

As LER nos bancos são doenças do trabalho, prevalentemente, de escriturários/caixas e funções correlatas, não de administradores, gerentes e diretores. A ocorrência de LER nos locais de trabalho onde aqueles exercem seu trabalho é, ou era, tida como rara, singular, "*estranha*". Por isso, os trabalhadores "*sadios*" embora sujeitos ao mesmo adoecimento, também, as negavam e ainda o fazem. O que virá convencê-los é a perda dessa percepção inocente sobre a singularidade dos casos, o conhecimento da sua pluralidade real, indesejável e ameaçadora.

Afinal, ninguém quer adoecer. É sempre doloroso e prenuncia o que menos se deseja e, por isso, o que se quer menos lembrado, a morte. Não é isso que temem os adoecidos de LER, embora o sofrimento físico e psíquico possa ocasionalmente, alimentar esse desejo indesejado. O que efetivamente temem é a morte social,

expressa pela incapacidade de trabalhar em uma sociedade que fez do trabalho, fetiche (Costa, 1987: 37-39).

Trabalhar é uma virtude e não trabalhar, uma ignomínia. Mas antes do envoltório moral ou religioso, trabalhar é uma necessidade concreta. Todos precisam trabalhar para sustentar a si e aos seus. Estar destituído dessa capacidade, ainda que involuntariamente, implica sanções e conseqüências. E é tão forte esse sentimento de dever, que os que estão incapacitados sentem-se culpados, perdem a auto estima e se ressentem com as incriminações veladas e mais ainda com as explícitas.

A doença é perturbadora não só para os adoecidos, mas para os que não estão ou não declaram o adoecimento. Temem adoecer e se ressentem objetivamente da ausência do companheiro de trabalho, e com razão. O trabalho bancário não é distribuído uniformemente pelos dias do mês. Há dias de "pico" e dias mais calmos. Obviamente, as empresas bancárias estabelecem seus critérios de contratação e locação de pessoal, com base na massa de trabalho necessário nos dias calmos. Nos dias de "pico" são exigidos dos assalariados mais trabalho e produtividade. Essa assincronia de exigências torna-se crítica quando, uma vez que seja, o trabalhador falta em dia mais sobrecarregado.

Há tolerância e compreensão dos trabalhadores quando a ausência do companheiro lhes parece justa. É o caso de um acidente grave, de uma doença convencionalmente aceita, ou de situações fisiológicas, como as da gravidez e parto, socialmente referendadas. Essa compreensão diminui ou desaparece ante uma situação nova que os desfavoreça. E se essas ausências passam a ser freqüentes ou o afastamento do trabalho é prolongado, as incriminações veladas se fazem recriminações explícitas.

Esse comportamento dos trabalhadores "sãos" do BANESPA, que pelos depoimentos parece freqüente, é percebido e registrado pelos adoecidos como acusação despropositada, discriminatória; mas ele tem vários conteúdos e sentimentos que o faz diferente do comportamento aparentemente igual dos administradores.

Trabalhadores adoecidos e não adoecidos, mas sujeitos a ter LER, são frações da categoria de trabalhadores, situadas na hierarquia inferior e exercem funções e tarefas iguais ou assemelhadas. O que as diferencia, momentaneamente, é a presença revelada da doença em uns e não nos outros, em maioria; e se têm comportamentos diferentes é por causa dessa contingência nova. Deve-se, portanto, supor que os adoecidos quando sãos, tivessem o mesmo comportamento dos que hoje se sentem sobrecarregados por suas ausências. Esses há bem pouco se identificavam com aqueles como companheiros e até como "*uma família*". Porém, os não adoecidos não se tornaram moralmente piores e menos solidários, nem os adoecidos, com a aura indesejável de sua doença, se fizeram mais ou menos virtuosos. São trabalhadores

todos, pessoas vivendo suas necessidades, conflitos e subjetividades. A *estranheza* recíproca que as LER trouxeram é uma situação nova e constrangedora. O adoecido que se via nos outros e com os quais se identificava, posto que era neles que via a si próprio, através de manifestações de afeto, solidariedade e elogios, sente-os diferentes, afastados, recriminadores. Os *sadios*, que do mesmo modo se viam nos adoecidos quando eram sãos, os percebem diferentes, trabalhando pouco ou mal e se comportando socialmente de maneira "*estranha*".

Essa estranheza recíproca não se estabelece de imediato, pois medeia um espaço de tempo razoável entre os primeiros sintomas das LER. e o auto conhecimento do adoecimento, tempo em que ele é negado e ocultado, apesar da dor, por temor das consequências. A tristeza, a irritabilidade, sinais premonitórios, que acompanham a perda da capacidade de trabalho, são vistas externa e socialmente como vontade deliberada de não trabalhar. Quando a doença se faz pública, com o afastamento por determinação médica, um longo caminho introspectivo de sofrimento foi percorrido e já ocorreu o distanciamento afetivo dos companheiros de trabalho, desestruturando suas relações. Para piorá-las, o adoecido mais se sente do que se reconhece e declara doente. A negação da doença pelos outros é também sua, reforçada pela dubiedade médica.

Nesse ponto o sofrimento físico foi exacerbado pelo sofrimento psíquico, dificultando ainda mais a inserção social na empresa, junto aos amigos e familiares. O desespero é visível aos outros, mas falta a esses a subjetividade física da dor e do sentimento das múltiplas perdas de quem adoece; e o olhar leigo, habituado a surpreender os sinais exteriores de outros adoecimentos, não logra perceber as marcas interiores e profundas das LER, até porque a ambigüidade desse padecimento inquietante estabelece, por um tempo razoavelmente longo, uma cumplicidade na negação da doença entre os circunstantes e o adoecido. O que vai expô-lo e torná-lo objetivo é a incapacidade subjetiva do adoecido "*fazer o que fazia antes*", os limites que a dor impõe, mas não o sofrimento psíquico que a incapacidade provoca. Esses novos limites, definidos pela dor, o adoecido não aceita tranquilamente, recusando-se a negociar consigo próprio e tornando mais difícil a negociação com os outros.

Nos casos graves, essa subjetividade carregada de pessimismo com relação aos seus limites, à cura e à reintegração no trabalho é reforçada pela empresa e seus prepostos, perplexos com uma doença em que a assistência médica tem sido uma abordagem tardia, restrita e freqüentemente mal sucedida.

A terapêutica prevalente é a terapia da dor, via medicamentos e o uso de recursos fisioterápicos flagrantemente aleatórios. O repouso, fundamental para o tratamento, por interromper a continuidade traumática do trabalho e esfriar o processo inflamatório, nem sempre é respeitado.

Há recalcitrância da empresa, da previdência social e até do adoecido que, por razões diversas, resistem ao afastamento e querem o retorno mais breve ao trabalho. E os médicos, por sua vez não insistem tanto nesse ponto, particularmente se as resistências são grandes e institucionais. Justificam o "*lavar de mãos*" com a legislação previdenciária que concede enorme poder discricionário aos peritos do INSS.

O afastamento do trabalho por tempo inferior a 15 dias é, por lei, competência do empregador. Acima desse tempo passa ao INSS, junto com a obrigação do pagamento do salário do afastado. Essa é uma situação indesejada pelo adoecido e da qual se vale a administração para evitar afastamentos prolongados, concedendo, com certa frequência, como benesse, vários afastamentos sucessivos, mas inferiores ao prazo fatídico de 15 dias.

Em qualquer dessas circunstâncias, o laudo do médico que assiste o doente é a peça mais importante e desencadeadora de todo o processo de reconhecimento legal da doença; se ele o documenta bem, as coisas são mais fáceis, mas não necessariamente resolvidas. Infelizmente não são muito frequentes os laudos médicos circunstanciados. O hábito é fornecer um *atestado*, quando muito consignando a lesão, raramente atribuindo-a, nesse documento, ao trabalho. O nexos causal ou deixa de ser feito ou é transferido a outras instâncias: aos serviços próprios da empresa (DSORT, CABESP) ou aos serviços estatais de saúde do trabalhador que são poucos, para não dizer raros. Se o nexos causal não é estabelecido ou não é aceito, a doença é descaracterizada como do trabalho e o adoecido de LER perde os parcos "*benefícios*" dessa situação particular, diminuídos bem recentemente, ou seja, a equiparação com os acidentes do trabalho e a possibilidade de receber o auxílio acidentário vitalício, a contagem de tempo de serviço para a aposentadoria pela previdência e a estabilidade precária de um ano no emprego.

O fato do reconhecimento das LER como doença do trabalho no Brasil ser recente, só em parte justifica a recalcitrância da empresa em emitir a comunicação do acidente de Trabalho (CAT), documento indispensável para sua caracterização, recalcitrância que encontra eco, por motivos diferentes e bastante óbvios, nos peritos do INSS, orientados para duvidar sempre do vínculo de qualquer doença com o trabalho, resistindo ao laudo do médico que assiste o doente com LER, invocando, às vezes com razão, a fragilidade ou inconsistência das provas e, despropositadamente, cobrando exames complementares.

Os médicos, os brasileiros ainda mais, costumam ser muito econômicos nas revelações que fazem sobre a doença, mesmo para com os maiores interessados, os doentes. Alegam esses, equivocadamente, a necessidade ética do sigilo profissional. Há muitos anos essa prática confusa, omissa, às vezes defendida com arrogância,

serve para que as empresas e o INSS descaracterizem as relações de outras e dessa doença com o trabalho, alimentando reservas e preconceitos. Em várias dessas situações, os afastamentos autorizados ou não pela perícia médica, foram realizados sem o reconhecimento dessa relação, penalizando os adoecidos em seus direitos e prerrogativas.

Colhido nessa rede de resistência e comportamentos técnico-burocráticos, e vivendo seu sofrimento e incapacidade de fazer e trabalhar, que parecem insolúveis dentro dessas lógicas e desse sistema reparador de baixa eficácia, até no aspecto estritamente médico, não é estranhável o pessimismo dos adoecidos de LER, nem injusto o tom acusatório de suas queixas, principalmente aos médicos, independentemente de serem assalariados da empresa, do INSS ou autônomos credenciados por sua caixa beneficente. Se suavizam as críticas aos últimos, cujos cuidados são ministrados em consultórios e serviços privados, respeitando o estatuto social a que estão acostumados, elas se fazem ácidas com respeito ao INSS, cuja clientela, acomodações e formas de atendimento são outras e onde se sentem virtualmente maltratados. Nesse sentido, os relatos são minuciosos e repetidos e não podem ser atribuídos a preconceitos e exigências descabidos de conforto ditadas por sua condição de bancários.

O comportamento técnico-burocrático dos peritos do INSS, inclinado a negar benefícios, torna-os indispostos a ouvir e perceber o sofrimento psíquico dos adoecidos de LER, incapacitados de fazer e trabalhar e desejosos, embora preocupados, de retornar à sua cotidianidade anterior, sofrendo com suas limitações, dificuldade de relocação e medo de desemprego.

A percepção individual dos adoecidos sobre as práticas de médicos e técnicos da empresa, do INSS e dos credenciados por sua caixa beneficente deixa entrever as políticas próprias e socialmente impróprias dessas instituições, e mais do que isso, as fragilidades do modelo médico-assistencial vigente, medicalizador, com terapias de duvidosa eficácia e intervenções, cirúrgicas inclusive, às vezes desnecessárias e até desastradas. Não é de admirar que os adoecidos com LER recorram, com desusada frequência, a tratamentos pouco convencionais, quando não francamente alternativos.

A negação da doença pelos médicos, ainda bastante forte, e da sua relação com o trabalho, ao mesmo tempo que serve para reforçar a discriminação e o preconceito por parte da empresa, do INSS e dos trabalhadores sujeitos e não adoecidos, fortalecem a crença e o discurso construídos sobre as LER, de que se trata de "*uma doença psicológica*", subalterna ao modo de ser do adoecido e, portanto, de sua exclusiva culpa. O senso, mais ou menos comum dentro da empresa, é de que as LER são de pessoas "*psicologicamente*" fracas, fora da realidade, "*loucas*".

Alguns médicos, mais afoitos, falam de uma predisposição psíquica, biológica ou genética. Ora, a elaboração dessa crença e a construção desse discurso invalidante, aparentemente científico, que os trabalhadores não adoecidos acabam incorporando à sua maneira e alimentam suas práticas discriminatórias, têm como conseqüências mais imediatas, responsabilizar o trabalhador pelo próprio adoecimento e enfraquecer a tese da determinação do trabalho com relação às LER. A teoria gestada não mais seria do "*ato inseguro*", mas a de haver um tipo, caráter ou personalidade fraca ou insegura dos trabalhadores que adoecem, teoria tão ou mais perversa que a anterior.

A resistência do INSS, implícita nas práticas de técnicos seus da Perícia ou dos CRP, resulta dessas crenças e discursos preconceituosos. Hegemônicas, elas correm no sentido da negação da doença e de sua causalidade e determinação social, descambando para acusações frontais de farsa ou fraude cuja intenção seria a percepção de "*benefícios*" previdenciários indevidos ou o simples desejo de não trabalhar.

São condutas que abalaram profundamente a confiança dos adoecidos nos que exercem a medicina. Embora façam distinção entre profissionais da empresa, profissionais do INSS e profissionais liberais ou autônomos, perceberam que as práticas são parecidas, onde a reticência, a mais presente, é interpretada como desconhecimento, incompetência ou má vontade. A semelhança das práticas é compreensível, apesar de realizadas em instituições diferentes, porque os pressupostos teóricos e ideológicos são os mesmos. O fato, porém, é que os médicos lidam mal com as doenças do trabalho. Seria preciso outro nível de envolvimento que habitualmente não têm, e provavelmente a maioria não quer, em decorrência de sua origem, comprometimento social e envolvimento ideológico e político.

O processo de negação da doença e de invalidação do doente é um só, mas difuso, se externando em múltiplas e simultâneas pressões, de conteúdos parecidos, todos de dominação, exercidas por vários sujeitos. As mais próximas e verticais são as das chefias imediatas, mas há, também, as pressões laterais dos colegas não adoecidos. As dos órgãos técnicos da empresa que cuidam da assistência médica (CABESP) e do controle e relocação dos adoecidos (DSORT) são de outra natureza, premidos pela exigências muito óbvias de recuperar a produtividade dos adoecidos, evitar afastamentos prolongados e despesas. Há, também, como se viu, pressões externas da previdência social, bastante explícitas. E as há, também, dos familiares, menos reveladas nas falas dos adoecidos, que afloram nas próprias queixas e auto-recriminações por não poder cuidar das atividades de casa, dos seus e até de si mesmo.

Não se entenda, porém, esse processo de negação do adoecimento e de invalidação, como uma conspiração. As LER, já se disse, são emblemáticas, expressão

perversa, esdrúxula só na aparência, do conflito entre o capital e o trabalho, transposto para as relações sociais e para o campo do processo saúde/doença.

A conclusão de que as LER, que aliás não ocorrem apenas nessa empresa e no setor bancário, têm essa dimensão social maior e se subordina à etapa atual do desenvolvimento capitalista, onde a aceleração da incorporação da automação e de informática cumprem um papel importante, pode levar à suposição errônea e paralisadora de que não há nada a fazer especificamente; ou se há, essas intervenções devem ter caráter pontual e técnico, no que tange à engenharia, à ergonomia e à medicina do trabalho ou assistencial.

Historicamente, as intervenções técnicas têm sido de alta eficácia na prevenção e controle de diversas doenças infecto-contagiosas e epidêmicas, sem que, necessariamente, as bases materiais e as desigualdades sociais sobre as quais elas foram produzidas, sejam alteradas. A febre amarela, a varíola, a peste e mais recentemente, o sarampo e a poliomielite foram virtualmente erradicadas do país, graças às tecnologias em saúde. É provável que com a AIDS venha a ocorrer o mesmo. A gastroenterocolite, responsável, ainda, pela elevada morbi-mortalidade infantil do país e a cólera estão aí, na dependência da expansão e tratamento da rede de água e esgoto. Ou seja, podem ser controlados por tecnologias conhecidas, de reconhecida eficácia que, no caso, nada têm a ver com tecnologias médicas.

A questão das LER, uma doença sem desfecho fatal, é bastante complexa, porque a causalidade interna do trabalho é menos precisa e sua determinação exterior mais abstrata.

Melhoria ergonômicas e do ambiente físico do trabalho, do desenho e manejo dos equipamentos podem resultar em efeitos contraditórios, por exemplo, na aceleração do ritmo e da intensidade do trabalho. É preciso lembrar sempre que foi a incorporação acelerada da automação- que reduz globalmente, sem dúvida, o volume do trabalho manual, mas eleva individualmente sua intensidade- que fez surgir as LER com a dimensão que têm hoje. Ou seja, *melhorias* dessa ordem aumentaram a produtividade, provocaram perdas maciças de emprego e queda do valor do trabalho. Essas são causas de adoecimento que não devem ser esquecidos. Sem desmerecer as intervenções de caráter técnico que devem ser cobradas e negociadas, a preocupação maior deve ser com outro tipo de medidas e ações mais abrangentes, algumas das quais dizem respeito aos trabalhadores como classe social, começando pelos acometidos de LER.

A elaboração de uma subjetividade nova passa, obrigatoriamente, pela tomada de consciência do problema LER, enquanto questão coletiva e social. As perdas e os novos limites impostos pela incapacidade parcial, definitiva ou não, precisam ser incorporadas como dados de realidade. Se a necessidade de trabalhar é concreta, nem

por isso devem persistir sentimentos de culpa pela redução da capacidade de exercer as atividades iguais e com igual ritmo, exigências da fetichismo do trabalho, do seu conteúdo ideológico de moralidade e religiosidade. A perda dessa "inocência" é imprescindível e ela se dá com a reflexão e o conhecimento.

Sem questionar a preocupação com o *auto conhecimento* que terapeutas oficiais (psiquiatras, psicanalistas, psicólogos, etc) podem propiciar ou a eficácia das terapias ocupacionais ou do simples exercício da fé, a referência diz respeito a outro gênero de conhecimento, que permite uma aproximação maior e coletiva com a realidade concreta, onde a intersubjetividade e o fazer político são fundamentais.

Parece que passos nesse sentido estão dando os adoecidos bancários de LER, como alguns depoimentos revelam. A permuta de experiências nas ante-salas de serviços de fisioterapia, consultórios médicos e corredores do INSS, cada vez mais assídua, até pelo elevado e crescente número de ocorrências de LER, não se detém na narração quase compulsiva de suas histórias e pela necessidade incontida de se fazerem ouvir. Os depoimentos sob análise, as histórias em suas coincidências e repetições, tornam evidentes a precariedade das soluções individuais, mesmo se consideradas as mais simples, de caráter iminentemente reparador, asseguradas em lei, como são a assistência médica, previdenciária, trabalhista e para a readaptação no trabalho.

A constatação da fragilidade das saídas individuais, no entanto, não é suficiente por si mesmo, para gerar uma consciência e soluções coletivas. Isso demanda uma ruptura mais profunda e a existência concomitante de agentes catalisadores mobilizados pela afluência e dimensão da questão, tornada problema social e de saúde pública.

Os dois Encontros dos trabalhadores do BANESPA adoecidos de LER, longamente amadurecidos, parecem sinalizar o momento exato de inflexão do que era até então e tão só uma doença individual cuidada por médicos e técnico-burocratas, para o de uma doença do trabalho e social, uma questão de natureza pública, cujo encaminhamento e soluções demandam políticas e ações de outro tipo, graças à consciência crescente e à ação organizada dos próprios trabalhadores. Os depoimentos feitos e aqui analisados atestam o processo lento, difícil, mas em curso.

Esse movimento coletivo não vai apagar as cicatrizes deixadas pelas LER. enquanto doença individual, nem restaurar a integridade da capacidade de trabalho parcial ou definitivamente perdida por muitos. Ao menos nesse último aspecto e na medida do possível, essa atribuição continua reservada à ciência médica e aos seus práticos. Mas a construção coletiva desse processo de intervenção tem, também, alguma eficácia terapêutica, fazendo-os enfrentar a adversidade sem o sentimento de impotência que transparece, muitas vezes, nos depoimentos.

São a consciência e ações coletivas que vêm mudando a qualidade dos cuidados e rompendo com a omissão e resistências institucionais e instituídas. Elas não necessariamente irão ao encontro de demandas individuais, mas poderão apressar sua satisfação e, certamente, contribuir para passagem da subjetividade fatalista, ainda fortemente presente, para outra subjetividade, de caráter assumidamente interativa, capaz de fortalecer práticas coletivas eficazes.

Até onde esses depoimentos permitem a afluência da realidade que pretendem descrever, ainda que fragmentariamente, e a análise construída sobre eles tem a cientismo que os valide e a si ? Até onde se resguardam da crítica de que representam simples opiniões dos depoentes, como trabalhadores sujeitos, vozes sufocadas, despidas por isso mesmas, de qualquer valor sobre o que narram, interpretam e são interpretados ?

De antemão, em nenhum instante, esses depoimentos e a análise que se seguiu de um movimento que prossegue, pretendem ser a realidade ou seu retrato. A realidade social é extraordinariamente dinâmica e mutável e não pode ser recuperada de maneira tão simples (Minayo, 1992: 19-88)

Esses são testemunhos espontâneos e assumidos. Narram experiências humanas para que outros as conheçam e tirem delas o melhor proveito possível. O valor que se lhes dê vai depender dos que tomarem conhecimento e refletirem sobre o descrito. São manifestações individuais de sentimentos, quase desabafos, olhares, que, se interpretados em seu conjunto, ganham em significado.

Quando juízes togados ouvem as partes e testemunhas, analisam as provas dos autos (elas também descritas e transcritas) e sentenciam, louvam-se da palavra. As ditas *provas materiais* são inexistentes ou invariavelmente poucas. Mesmo a *reconstituição* de um crime faz-se em narrativa que pretende revelar as coerências e contradições anteriormente descritas pelas testemunhas, mas que não reproduz o acontecido. O passado é sempre passado e, no máximo, incorporado à lembrança ou à história.

O que faz um bom e respeitável magistrado é sua capacidade de arbitrar, de ajuizar sobre o plausível, usar o bom senso, mas sobretudo acuidade, para se aproximar da verdade. O que mais o habilita a fazer o que lhe é socialmente atribuído é essa capacidade de aproximação do acontecido ou do que está acontecendo, de discernir, de ver o não visível aos outros, que lhe permite construir uma representação socialmente válida. Do contrário, não será um bom juiz.

Ao longo de sua carreira, o magistrado pode e deve construir um saber sobre os seus julgados. Se é sensato, saberá que em muitos errou. É a reflexão criteriosa sobre acertos e erros que o fará mais experiente e capaz de aproximar-se mais da verdade, até porque a percepção e o significado do certo e do errado, do justo ou

injusto, é um juízo de valor mutável com o andar da sociedade, mutações, aliás, bem mais velozes que as biológicas.

O positivismo que se critica no direito moderno, não está em seus métodos de averiguação que podem ser tão indiciários quanto os da clínica, que busca construir o diagnóstico sobre eventuais sinais e, com maior frequência, sobre sintomas narrados pelo adoecido ou um seu familiar, isto é, por um outro.

Aprioristicamente, não se nega a validade do saber e da prática médica, como não se nega a do juiz. A perspicácia dos que trabalham com as ciências do direito e da medicina será tanto mais pacificamente reconhecida, quanto maior a capacidade de discernir, de "*decifrar*" ou "*ler*" o que outros não conseguem.

A crítica ao direito, à medicina e outras ciências contemporâneas, biológicas ou não, se faz contra a exigência dogmática da evidenciação linear e grandiloquente da *prova*, do nexos causal, da relação causa/efeito, da materialidade absoluta, da necessidade positivista do *descobrimento* de leis, pretendendo-as subjacentes a qualquer fenômeno, seja ele biológico, físico ou social. A crítica é contra o império da *ciência* com base exclusiva na materialidade dos fatos, como se a vida se resumisse aos seus aspectos aparentes e nada existisse atrás, em torno e adiante (Chrétien, 1994, op.cit.; Minayo, 1991, op.cit.; Garcia, 1983: 95-132)

As ciências da matéria lograram, com êxito e frequência, a reprodução de fenômenos sob estudo, graças ao conhecimento de leis materiais e biológicas que permitem ter sob controle suas determinantes mais próximas. Robert Koch, por exemplo, após identificar o bacilo da tuberculose, pôde reproduzi-la em cobaias estabelecendo os postulados experimentais das ciências biológicas que têm suas bases lá atrás, com Newton e Galileu, como diz Koyré (1991:56-79), na "*revolução contra o empirismo estéril dos aristotélicos, revolução que se fundamenta na convicção profunda de que as matemáticas são mais do que um meio formal de ordenar os fatos, constituindo a própria chave da compreensão da natureza*".

É extraordinária a dívida da humanidade com aqueles cientistas pelo desenvolvimento da ciência moderna e com esses outros, contemporâneos, pelos conhecimentos produzidos sobre as doenças infecto-contagiosas e parasitárias e seus agentes causais próximos.

Mas a tuberculose experimental de Koch não é igual à tuberculose humana, endemia e fenômeno social que vem atravessando séculos. Sabe-se, hoje com tranquilidade, que a comprovação laboratorial da presença do bacilo da tuberculose no corpo, não é sinônimo da existência da doença. No entanto, para existir a doença tuberculose é imprescindível a presença do bacilo, diretamente envolvido no seu aparecimento e curso. Em suma, em toda a tuberculose há a presença e a multiplicação do bacilo, mas nem sempre sua presença provoca a doença.

Se a primeira assertiva parece confirmar a relação de causa e efeito, a segunda a nega, expondo a relatividade do princípio de causalidade única e de uma dimensão não contida na relação dual entre bacilo e hospedeiro. O princípio da unicausalidade não dá conta dessa flagrante contradição, porque é impossível reduzir a realidade humana e social às paredes e bancas de um laboratório e controlar as dimensões de um fenômeno que só em seus aspectos mais visíveis pode ser estudado e controlado. No caso da tuberculose, não dá conta, porque esta como qualquer outra doença no homem, não se restringe às suas determinantes biológicas, sendo tanto como ele próprio, um fenômeno biológico, psíquico, histórico e social, onde a dissociação se presta, quando muito, para entendê-lo melhor e melhor abordá-lo em cada um desses aspectos.

A microscopia permite a percepção morfológica de coisas e seres, tanto mais minuciosa quanto maior for o alcance do instrumento e meios utilizados, e a experiência de quem observa; mas essa percepção *objetiva* (não por acaso a lente é assim chamada), não deixa de ser uma percepção, uma representação da realidade, não a realidade em si. Como percepção é um olhar, que pode ser mais ou menos competente, mas não deixa de ser um modo subjetivo de ver a matéria, viva ou não. Sem tirar o mérito dessa técnica e das ciências e sujeitos que dela se servem, indispensáveis à aproximação da realidade material ou biológica, não se pode reduzir o conhecimento a esses métodos, nem tampouco aos modelos matemáticos, igualmente úteis em muitas circunstâncias em ciências sociais.

Homem e doença, seja a tuberculose ou as LER, estão imersos na sociedade de cada tempo. Para compreendê-los, os conhecimentos da medicina e de outras ciências biológicas ou não, são indispensáveis, mas insuficientes. É preciso recorrer a outros conhecimentos e ciências, como a filosofia, a história, a antropologia, a sociologia, a psicologia, a semiótica, etc., cujos métodos e instrumentos de aproximação da verdade não são os mesmos dos laboratórios das ciências exatas ou biológicas. Todas as ciências permitem conhecer fragmentos da realidade e descobrir outros. Esse conhecimento, porém, se faz por aproximações e se constituem em representações, sempre fragmentárias, e por isso mesmo, temporais, aceitando-se, de saída, a impossibilidade de conhecer a realidade em sua totalidade (Gonçalves, 1986).

Depoimentos, independentemente dos seus autores, são também um modo de captar a realidade social, de aproximar-se dela. Envolvem, tanto quanto outros, a necessidade de julgamentos. Ora, julgar, só por exceção é atribuição e exclusividade de togados. Todos, sem o sermos, arbitramos sobre nós mesmos e sobre os outros. Fazemo-lo com nossos familiares, amigos, subalternos, superiores e estranhos, tanto como qualquer deles faz conosco, a aceitação desses juízos sendo tanto maior quanto

mais próximos estiver da realidade dos outros, que não é, apenas, *percebida* pelo olhar, mas *sentida*.

A *reconstituição* dos fatos sociais será tanto mais fidedigna, se quem a fizer, ao invés de *observador* ou *testemunha*, for o próprio sujeito que os vivem ou viveram *por dentro*, fazendo parte dele. Mas o fato social não carece apenas de uma reconstituição veraz, mas de interpretações que traduzam a realidade subjacente e pouco visível. Aí, a simples vivência é insuficiente, havendo necessidade de buscá-la com saber e, óbvio, com método.

Métodos e instrumentos são de incontestável importância, mas a possibilidade de captar a realidade, sempre fugidía, não reside tão só neles, mas nas suas escolhas que podem ser mais ou menos adequadas, sempre socialmente determinadas, somente em parte se devendo ao conhecimento, experiência e sensibilidade dos que imaginam haver, com absoluta isenção, decidido usá-los (Thiollent, 1986, op. cit.:41-66; Chrétien, 1994, op.cit.).

No caso dos depoimentos dos adoecidos de LER, a consistência sobre os fatos e sentimentos que narram são muitas, vários coincidentes com o que largamente vem sendo descrito. O que se procurou e se crê ter descoberto foram indícios, *pistas*, de fenômenos menos aparentes, conteúdos subjacentes às suas narrativas, que apesar da individualidade dos seus autores, revelaram, quando analisadas no seu conjunto, a emergência de um movimento social em construção, com base em aspectos comuns de sua realidade de adoecidos pelo trabalho. O que possibilitou perceber essa construção não foi um olhar apenas curioso, fátual, estático, de quem observa o trem passar, mas de quem está dentro dele, passando.

Quem está habituado ao exercício da clínica, a ouvir e inquirir pessoas, dar-lhes o devido crédito e ordenar a sequência dos seus infortúnios, de sorte a elaborar hipóteses diagnósticas, sabe quão importantes são essas narrativas que convimos chamar em medicina de anamnese ou história da doença. É assim que se obtém do doente, a representação da sua doença. É o saber do médico que permite comparar a representação revelada e ordenada com aquela outra prévia e teórica que ele próprio tem e que a prática e a "*intuição baixa*", nas palavras de Ginzburg, enriqueceram, levando-o a suspeitar que as duas, a ordenada e a prévia, são uma mesma doença. O discernimento e a experiência sugerem perseguir indícios, os sintomas descritos e subjetivos mais que os sinais objetivos, as coisas no corpo que revela e, ao mesmo tempo, às vezes, sem querer esconde. É um processo indiciário, *a curiosidade com sentido*, matriz do conhecimento, desde que o homem se fez.

O saber, que é mais do que experiência, não é construído aritmeticamente pela junção das coisas aparentes e aparentemente reveladoras, mas da acuidade de descobrir o escondido, através dos indícios que traduzem a essência ou qualidade do

que é ou não mera aparência. A análise de documentos- e esses depoimentos são documentos do cotidiano dos adoecidos de LER - requer esse tipo de saber e esse exercício indiciário, não necessariamente médico.

Mesmo em história, é costume que documentos produzidos por sujeitos subalternos sejam postos em dúvida. A tradição, também aqui positivista, reza que documentos devem ter a chancela oficial e possuir escribas nomeados, consentidos ou referendados, entre os quais, só por exceção, se encontram as vítimas de qualquer tipo de opressão (Vieira, Peixoto & Khoury, 1991:12-28).

A doença também tem os seus *historiógrafos* oficiais, em geral médicos, que produzem as versões consentidas de suas origens, causas e andamento como se ela fosse apenas natureza, isto é, pertencesse, exclusivamente, ao biológico do ser, ao meio ambiente e a outros elementos intermediadores mais próximos e materiais, ou seja, ao reino natural. É dentro desses limites, das coisas, que reside a eficácia, aliás, considerável, das intervenções tecnológicas no campo da medicina.

A referência não é tão só ao pragmatismo da cirurgia e dos cirurgiões modernos, mas a medicina social assumida pelo Estado desde o século XVI (Foucault, 1977 op. cit.; Rosen, 1979). Apesar de sua eficácia, em muitos aspectos formidável, a medicina não dá conta, ou dá insuficientemente, no plano individual, das doenças coletivas dos tempos atuais, cuja determinação se dá pelas relações sociais resultantes do conflito entre o capital e o trabalho. E aí é que se coloca a necessidade de buscar outros caminhos para entendê-las, de um saber menos específico e com outros aportes, sem prescindir das leis da matéria e biológicas.

As várias ciências sociais costumam trabalhar com instrumentos e meios de investigação não experimentais, embora haja uma tendência para se recorrer à medição dos fenômenos sociais através dos avançados métodos em estatística que os computadores vêm facilitando. Todavia, não se trata dos meios, mas do próprio objeto de estudo, onde a experimentação e a matemática habitualmente se dão mal, em especial com referência aos sentimentos, às relações e à história do homem.

Seria impossível não validar essas falas dos adoecidos e não tentar compreender seu verdadeiro significado, falas que, ironicamente, são aceitas na privacidade dos consultórios, mas rejeitadas quando ganham as ruas. Tornar público o sofrimento incomoda, acirra as contradições e faz explícita a violência do trabalho e social que se quer manter oculta.

11. PERSPECTIVAS

" antes que a humanidade sufoque (ou se refestele) na masmorra (ou no paraíso) de um império mundial pós-capitalista, ou de uma sociedade de mercado capitalista mundial, é bem possível que ela se inflame nos horrores (ou nas glórias) da escalada da violência que acompanhou a extinção da ordem mundial da Guerra Fria. Nesse caso, a história capitalista também chegaria ao fim, mas voltando de forma rigorosa ao caos sistêmico de que partiu a seiscentos anos, e que foi reproduzido em escala progressivamente maior a cada transição. Se isso significaria o fim apenas da história capitalista, ou de toda a história humana, é impossível saber."

G. Arrighi (1996,op.cit.)

Independentemente de sua origem, motivação e objetivos, os movimentos sociais transitam em tempos e espaços finitos, conduzidos por forças que os impulsionam ou poderão favorecê-los, em confronto com outras, mais ou menos refratárias, conhecidas ou não, que precisarão ser vencidas ou contornadas.

O caráter desses movimentos é, por isso mesmo, essencialmente conjuntural, inerentemente político e dinâmico, daí sua relativa imprevisibilidade. É o exercício da política que vai definir as ações, vale dizer, os meios e instrumentos para atingir os objetivos, cuja enunciação pode ser clara, mas os resultados não necessariamente lhe correspondem. Esses dependerão das forças em jogo, das estratégias e da competência política das partes e das negociações possíveis e necessárias a qualquer conflito.

No caso do movimento dos bancários para a construção de uma intervenção coletiva sobre a questão LER, um dos objetivos é a redução do impacto negativo do trabalho sobre a saúde dos trabalhadores da categoria.

A despeito dos aspectos técnicos que envolvem a questão desse e de outros modos de adoecimento do trabalho, sua gênese, por ser eminentemente política e social, impõe saídas de igual teor.

As técnicas de prevenção e cuidados assistenciais são mediações que devem ser incorporadas ao processo de negociação. Se assim não fosse, historicamente em todos os ciclos de desenvolvimento e crise do capitalismo, por que as carências de investimentos nos campos da medicina, engenharia, ergonomia e de outras ciências e disciplinas afins, para a melhoria das condições, ambientes e organização do trabalho? Se as doenças do trabalho podem ser tecnicamente prevenidas e seus danos reparados, por que a necessidade de movimentos sociais dessa ordem ?

Medidas conhecidas, de caráter técnico, quando não são postas em execução é porque o embargo é de outra natureza, em geral, político-econômico e social,

começando, concretamente, pelo desinteresse do capital pela saúde do trabalhador fora da contingência de ser um dos componentes da capacidade de trabalho, ou seja, a saúde só é lembrada quando sua perda ou a luta em sua defesa põe em risco a produção.

A subordinação da técnica à política, não significa abdicar da primeira e dos seus anteparos científicos, indispensáveis a qualquer intervenção eficaz no campo da saúde e do trabalho; mas para torná-los disponíveis é preciso que o movimento social os preceda. Não fosse assim, inexistiriam razões para que a intervenção cogitada tivesse mais esse caráter, de ser coletiva, proposição sabidamente difícil por requerer uma participação ativa e negociações difíceis entre os sujeitos.

Depreende-se dessas premissas, outras duas : a de ser um processo no condicional, possível de acontecer, como já vem acontecendo, mas que não se sabe até onde irá quanto aos seus objetivos, declarados ou não; e de que essa narrativa foi, e continua sendo, sobre uma experiência inacabada, isto é, em curso.

Afirma-se na apresentação desse texto que ele discorreria sobre o andamento da construção dessa experiência, tomando como referências, principalmente, os dois *Encontros* dos trabalhadores do BANESPA e os questionários e depoimentos realizados, com e por eles, no final de 1994. Passados dois anos, é preciso relatar e comentar o que se seguiu.

A análise dos questionários e depoimentos escritos, na verdade uma peça única contendo respostas a quesitos formulados com base na convivência estreita com os bancários adoecidos, levou a vários achados, alguns já comentados.

Um deles é de ter havido uma inflexão importante das perspectivas e comportamentos dos adoecidos, no sentido de superar, ao menos em parte, a subjetividade do seu sofrimento, tendendo substituí-la pela intersubjetividade e por propostas que refletissem um conjunto de preocupações e demandas novas e coletivas.

O conhecimento que passaram a ter de que são vítimas de um adoecimento coletivo e do trabalho, afora o alívio de despojá-los da auto culpa inculcada, aponta para modos de minimizar seus problemas e de, ativamente, antecipar-se ao adoecimento de outros, vale dizer, dos companheiros de trabalho que vivem a mesma ameaça. Ora, isso conduz ao envolvimento dos trabalhadores não adoecidos do banco, de outros bancos, de trabalha e de outros setores segmentos sociais externos, inclusive de outras categorias de trabalhadores, ainda não ou insuficientemente sensibilizados e mobilizados.

Para os adoecidos, a questão LER vem, progressivamente, sendo vista sob outra ótica, como questão de todos, ou seja, de saúde pública. O desafio é como fazer desse conhecimento, ação. Saem da sua trincheira individual para uma outra, coletiva é verdade, mas ainda uma trincheira, ocupada quase unicamente por eles, adoecidos.

A preocupação agora é como deslocar-se dessa posição defensiva e quebrar o confinamento social a que foram levados.

Uma das ações, implícita na escolha dos locais dos dois *Encontros*, a Faculdade de Saúde Pública e a Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, e explícita no passo seguinte, foi obter da Universidade o reconhecimento institucional de que as LER são um sério e crescente problema de saúde pública, a demandar pesquisas e ações correspondentes à sua importância. Nos corredores da Faculdade de Saúde Pública, às vezes, se falava da doença, comentando os profissionais dos serviços de saúde do trabalhador que acorrem ao seus cursos, que as LER, nos três últimos anos, passaram a ser responsáveis, ao menos, por mais de um terço da demanda desses serviços. Começaram, também, a aflorar projetos de dissertação de mestrado e doutorado sobre o tema; mas ainda não havia um compromisso da mais ético e formal da Universidade, de se fazer sujeito e interferir nos limites de sua responsabilidade e competência.

Demandada, a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, através do Setor de Saúde Ocupacional do Departamento de Saúde Ambiental, atendeu, e celebrou convênio com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, propondo-se a realizar uma série de oficinas de trabalho sobre o *Estado atual do conhecimento das LER* e produzir um documento que o retratasse.

Com esses objetivos treze oficinas de trabalho foram realizadas, entre julho e dezembro de 1995, cada uma agrupando cinco convidados especiais, num total de 55, entre pesquisadores e profissionais em saúde, previdência social, trabalho, direito e representantes sindicais e de empresas. Com base nas 45 horas de gravação está sendo redigido um relatório, com distribuição prevista para sindicatos de trabalhadores, empresas, serviços de saúde e bibliotecas.

Convencida da magnitude do problema, a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, através do mesmo setor e Departamento e do seu Centro de Saúde - Escola, deu mais um passo e com a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, a Federação dos Bancários do Estado de São Paulo e Mato Grosso do Sul, o Sindicato dos Bancários de Campinas e Região e a AFUBESP, elaboraram um projeto para a prevenção, detecção, diagnóstico e tratamento precoces das LER na categoria dos Bancários. Em curso, ele merece alguns comentários pelo que inova em termos de estratégia de enfrentamento das LER no campo da saúde pública.

Em primeiro lugar, a prevalência das LER é desconhecida e o levantamento dos casos já dignosticados , por categoria, é uma necessidade. Sem isso é impossível conhecer a prevalência e incidência da doença. Outra dificuldade para o encaminhamento da questão LER, enquanto problema de saúde pública, é o diagnóstico tardio, que leva às conseqüências relatadas. No caso dos trabalhadores

estudados do BANESPA, entre os primeiros sintomas e a ida ao médico, o tempo médio foi de onze meses. Discutiram-se as razões dessa demora e não se haverá de retornar ao assunto. A necessidade de reduzi-la é impositiva. Provavelmente, a socialização de conhecimentos conduzida pela AFUBESP e pelo Sindicato dos bancários de Campinas, dentro de suas áreas de abrangência, devem-na ter encurtada. Ainda assim, os diagnósticos continuam a ser tardios, até porque as causas da protelação da ida ao médico persistem.

Parece, portanto, bastante pertinente ir à busca ativa de doentes ocultos ou ocultados, como faz o projeto em curso da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e da Secretaria de Saúde do Estado.

A busca ativa deve surpreender a doença em seus estados iniciais, quando a reversão das lesões é possível. Mas, independentemente desse objetivo, a aproximação com uma parcela considerável de bancários e a convocação da sub-população suspeita, não necessariamente doente ou doente em estado incipiente, além de trazer novos conhecimentos, deverão alargar o movimento e é um passo a mais na construção da intervenção social pretendida, envolvendo agora a Universidade e a principal gestora da saúde no Estado, a Secretaria de Saúde.

Há, no entanto, além de circunstâncias favoráveis e construídas no decurso do movimento, muitos embargos, a começar pelas razões que fazem das LER uma doença emblemática.

Sabe-se que o sistema financeiro brasileiro passa por uma enorme crise anunciada com uma intervenção, que parecia exemplar, no Banco do Estado de São Paulo, colocado na berlinda como símbolo da inépcia e corrupção, por ser, apregoava-se, uma instituição financeira sob controle administrativo e acionário estatal. Mal acontecera, se sucederam os grandes escândalos do Banco Nacional e do Banco Econômico, de propriedade privada. Outros menores também foram à falência e se anunciou a crise de um terceiro grande banco, o Bamerindus. Em todos os bancos privados, o Banco Central interveio, injetando enormes quantias em dinheiro, ficando com sua parte "*podre*", isto é, créditos de difícil ressarcimento e, após "*saneá-los*", tem forçado a passagem do seu controle acionário para outros grupos econômicos maiores e aparentemente mais sólidos.

A intervenção do BANESPA, porém, decorridos quase dois anos foi mantida. Sua dívida com a União- na verdade, dívida do Governo do Estado de São Paulo com o banco- beira a casa dos 20 bilhões, e continua crescendo, tornando cada vez mais difícil uma solução atraumática. Já se sabe, que uma das medidas a serem tomadas, em qualquer das alternativas em estudo, é a demissão maciça de trabalhadores, suspeitando-se que ela seja direcionada para os *menos produtivos*, entre os quais, presume-se, os adoecidos de LER.

A crise do banco e o temor do desemprego, por certo, têm precipitado o retorno ao trabalho de adoecidos sintomáticos. As consequências desse ambiente e expectativas para os que ainda não haviam se declarado doentes, podem ser diametralmente opostas: uns estarão buscando o atendimento médico e o reconhecimento do seu estado, receosos da perda de presumidos direitos, outros, continuando a ocultá-lo, mantendo-se trabalhando, com receio de uma possível demissão.

Em maio de 1996 tomou posse a nova diretoria da AFUBESP, de oposição ao grupo anterior. É natural que as diretrizes políticas e ações sejam outras e a questão da saúde e sobre as LER ganhem um enfoque diferente do anterior. Diante da mudança é compreensível que a mobilização dos trabalhadores do BANESPA entre em compasso de espera e a ampliação do movimento daqui para diante, se ocorrer, o seja com a integração de trabalhadores de outros bancos. A realização nos dias 16 e 17 de maio último de um seminário sobre LER, patrocinado pela Federação dos Bancários do Estado de São Paulo e Mato Grosso do Sul, com a presença de 55 dirigentes de 16 dos 23 sindicatos filiados, aponta nessa direção.

Fora desse espaço e lugar mais próximos, quais as perspectivas e limites desse e de outros movimentos suscitados por essa doença ?

Um dos fatos relevantes é que a explosão das lesões por esforços repetitivos nos primeiros anos da década, pela primeira vez colocou no topo das doenças do trabalho, uma sem agente causal imediato e definido, conferindo à questão nuances muito particulares.

Negadas pelas empresas e com um número cada vez maior de vítimas, elas despertaram um movimento social para o seu reconhecimento como doença do trabalho que precisou, ao mesmo tempo, de convincente conteúdo denunciatório e de quem lhe desse ouvidos. Seu trânsito foi facilitado por ocorrer em centros de processamento de dados, em uma sub-categoria nova e pequena de trabalhadores e, no início, de difícil reposição, parte empregada em instituições financeiras e vinculada à categoria bancária e aos seus sindicatos, e parte, às categorias de grandes organizações de serviços, inscrita como trabalhadores em processamento de dados e a um sindicato recente com o mesmo nome. Foi esse sindicato que fez do reconhecimento oficial das LER, uma das suas bandeiras de afirmação e luta. Não sem razão, a portaria ministerial designou a doença, restritamente, como "*tenossinovite em trabalhadores de processamento de dados*" e fez referência explícita ao sindicato demandante. Observe-se que as LER emergem em categorias de trabalhadores que pertencem a estratos médios da população, com nível de representação, organização e prestígio social acima da média.

Em um segundo momento, a ocorrência crescente de casos em outras categorias e ocupações tornaram flagrante o caráter restritivo da portaria ministerial, levando a que outros sindicatos dos trabalhadores, tendo à frente os acima citados, buscassem as instituições assistenciais e normalizadoras, entre elas os serviços estatais especificamente voltados para a saúde do trabalhador. Muito do mérito pela rapidez do reconhecimento das LER por parte da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo se deve a essa aliança e, no nível central dessa Secretaria, aos ouvidos acolhedores dos seus técnicos, que entenderam a legitimidade da demanda, resultando na publicação, em 1992, de uma portaria com uma norma técnica específica, de âmbito estadual. Logo a seguir, uma outra bem parecida, foi baixada pela Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais. Antecedentes e circunstâncias similares, provavelmente, devem ter pesado para que no mesmo ano, o INSS baixasse uma norma técnica que é quase cópia da primeira e que passou a valer, via Previdência Social, para todo o país.

As LER têm muitas outras características, além das descritas. Uma delas é ocorrer, praticamente, em todas as categorias de trabalhadores nos três setores da economia, a grande maioria no industrial e de serviços, onde se concentram 90% da força de trabalho do país, ou seja 65 milhões de trabalhadores. Há, portanto, em tese, a possibilidade do movimento se tornar mais amplo, diante de ameaça tão onipresente.

Mas os sindicatos que representam as categorias mais sujeitas a adoecer de LER têm, particularmente no campo da saúde, níveis de organização, estratégias e perspectivas muito heterogêneas. Na categoria metalúrgica, onde se supõe que sua prevalência seja das mais elevadas, que é a mais numerosa entre as categorias de trabalhadores das indústrias de transformação e várias vezes maior que a bancária, a questão tem merecido pouca atenção do conjunto dos seus sindicatos.

Mesmo na categoria bancária, a segunda em termos de casos notificados e hegemônica no movimento, é visível a heterogeneidade quanto às preocupações no campo da saúde, havendo desde sindicatos indiferentes ao tema saúde e LER, àqueles que o assumiram com maior decisão, se colocando na vanguarda do movimento.

Tomando-se como referência os sindicatos bancários paulistas nos últimos cinco anos, seus jornais vêm aumentando a frequência de notas sobre LER e têm sido editados "cartilhas" e alguns textos mais densos, como monografias, revistas e livros. Além dessa ação no campo da informação, um número menor tem investido para a qualificação de dirigentes no campo da saúde, constituindo núcleos e contratando assessoria técnica em saúde. É assentada nessa organização incipiente que vêm sendo formuladas políticas e estratégias e executadas algumas ações.

A escolaridade e a possibilidade de circulação de idéias na categoria bancária estão bem acima da maioria das demais categorias de trabalhadores, mas a concepção que fazem da questão saúde é de um bem a ser preservado ou recuperado, via

assistência médico-hospitalar, no particular, não diferindo da dos demais trabalhadores e da população em geral, com a circunstância que logram obter essa assistência com maior liberalidade e, aparentemente, de melhor qualidade.

Por outro lado, embora alguns sindicatos bancários, - como o de Campinas que há dez anos já patrocinava um dos primeiros estudos sobre trabalho bancário e saúde mental - se coloquem numa posição avançada quando discutem as relações do trabalho com a saúde e seja do senso comum que o trabalho provoca, também, doenças cárdio-circulatórias e digestivas ou as precipitam e agravam, os trabalhadores bancários não haviam experimentado antes, a situação de adoecerem coletivamente de uma doença do trabalho, fato tão corriqueiro aos trabalhadores industriais. Além de inédita e muito recente, essa desagradável experiência não deixa de ser restrita aos que adoecem, não significando que os outros tomaram consciência que poderão adoecer de LER. Ao contrário, talvez por esse desconhecimento, o sentimento de discriminação com relação aos companheiros adoecidos é ainda muito forte.

Pretender, portanto, a partir de trabalhadores adoecidos das diversas categorias, muitos deles inativos e desempregados, impropriamente chamados de "*portadores*", criar um movimento organizado sob a forma de associações autônomas parece ser um equívoco político, um desvio ideológico e uma estratégia de fôlego curto.

É imperioso que as reivindicações dos adoecidos sejam conduzidas de forma coletiva e organizada, mas que transitem, obrigatoriamente, pelos sindicatos de cada categoria, em que pese a omissão e até a resistência ativa de alguns. De qualquer sorte, as formas coletivas de organizar necessidades precisam antes ter uma homogeneidade que transcenda, em vários quesitos, o fato de estar ou ter tido uma doença.

Estão sendo estimuladas e criadas, porém, entidades civis de "*portadores de LER*", inspiradas no modelo das associações de portadores de doenças crônicas ou de deficiências (renais, colestectomizados, hemofílicos, talassêmicos, autistas, com deficiência física, etc). Essas lograram modestas conquistas, sobretudo, no que se refere à assistência médica, e muito poucas à cidadania, denunciando, é bom ressaltar, com propriedade, em primeiro lugar, a incúria governamental e, no segundo, a segregação social que sofriam e sofrem. Em todas essas doenças e situações, o caráter irredutível e visível dos seus males, induz forte sentimento de expiação e constrangimento social que crescem mais ainda, face ao que pedem: uma vida ou sobrevida um pouco mais digna. Contudo, até pelo aspecto estigmatizante, a associação de adoecidos deve ser a última das saídas. Felizmente, a questão LER é de outra natureza, passa por outros caminhos e tem, mesmo nos casos mais graves, perspectivas melhores.

Mais de 70% dos casos notificados de LER estão nas categorias metalúrgica e bancária. Sinalizou-se, parágrafos acima, a heterogeneidade do nível de mobilização em torno das LER, entre as duas categorias, que detêm a hegemonia do movimento sindical, uma delas, a dos metalúrgicos, comandando, no momento, as duas centrais mais poderosas, a Central Única de Trabalhadores (CUT) e a Força Sindical.

Não será, portanto, por falta de organização, nem por inexistência do problema que a mobilização é tão incipiente em ambas e tão desigual entre elas, ainda quando sindicatos de uma e outra estejam filiados à mesma Central.

O movimento sobre a questão LER se situa em um novo contexto e conjuntura, tanto que tiveram início em empresas estatais de serviços, começando nos centros de processamento de dados e se espraiando no ramo bancário, onde a doença apareceu com as características atuais. As entidades que o conduzem são, no primeiro momento, os sindicatos de processamento de dados e no segundo, os sindicatos e associações de bancários, respaldados em assessorias técnicas próprias.

Em síntese, com relação às LER, as organizações de trabalhadores industriais que têm uma história recente e uma presença hegemônica na construção de movimentos coletivos sobre as doenças do trabalho provocadas por agentes físicos e químicos, vêm se comportando de maneira excessivamente tímida, se comparada à dos trabalhadores de *“escritório”*.

Crê-se que essa timidez não se deva à comentada desmobilização face ao desemprego e à redução de postos de trabalho e ocupações, que perseguem tanto metalúrgicos e químicos como bancários. A dificuldade, parece, está na assimilação da patogenia do trabalho que não esteja vinculada a uma materialidade inescusável, como a das poeiras, do ruído, das substâncias químicas e dos riscos de acidentes típicos, aliás, ainda à espera de soluções. Tal assimilação requer uma capacidade de abstração e elaboração teórica maiores. Essa dificuldade existe, também, para os bancários, mas em grau menor, entre outras razões, pelo fato de esses se confrontarem com uma única doença tipificada como do trabalho, ainda que pela primeira vez em sua história.

A superação dessa dificuldade teórica é necessária e possível e terá de ocorrer, primeiramente, nas diversas categorias de trabalhadores atingidas para que o movimento sobre as LER, em cada uma, guardando sua homogeneidade e as peculiaridades próprias inclusive quanto à especificidade de suas demandas, encontre espaço para crescer, antes de desaguar em um estuário comum.

Já se disse que a socialização do conhecimento é um elemento importante e que o movimento dos bancários sobre as LER progrediu, tanto no BANESPA, como nos vários bancos na Região de Campinas, graças à ação, no primeiro caso da

AFUBESP e, no segundo, do Sindicato de Campinas, como atesta o aumento de casos notificados demonstrado nas tabelas 15, 16 e 17.

Deixemos em segundo plano a subnotificação, muito mais elevada nos bancos privados que nos estatais e relevemos a rotatividade sabidamente maior da força de trabalho entre os primeiros, responsáveis, em parte, pela expressiva diferença do número de casos de LER notificados entre os dois grupos e nos detenhamos no notável crescimento das notificações nos bancos estatais registrado na tabela 17.

Além do significado desse crescimento em si, que aponta para a gravidade da situação, é preciso considerar que os trabalhadores dessas instituições virtualmente gozam de estabilidade no emprego - não se sabe até quando - e, conseqüentemente, seu tempo de sujeição à patogenia do trabalho é mais longo que o dos bancos privados. Por outro lado, apesar das ameaças e perdas recentes, o regime de estabilidade, a perspectiva de carreira, o longo convívio comum e o elevado nível de representação dos trabalhadores nos bancos estatais permitem maior liberdade para que expressem suas idéias, sentimentos e dores.

Se o movimento sobre a questão LER nas outras categorias de trabalhadores, onde a subnotificação deve ser muito elevada, ganhar uma organização mínima, é bem provável que o movimento se expanda para outros ramos da produção industrial, como o metalúrgico, químico, têxtil, calçados, marcenaria e para os do setor terciário, como comunicações, telefonia, supermercados, controladoras de cartão de crédito, etc.

No entanto, em que pese a abrangência das LER, que as fazem um problema de saúde pública, elas não são uma presença ameaçadora a todos as classes e categorias, como as epidemias. Elas são uma doença seletiva e se estendem horizontalmente, atingindo, prevalentemente, os trabalhadores que ocupam o nível mais baixo da hierarquia das empresas e que executam tarefas manuais. Não têm, pois, expansão vertical, poupando os que se situam nas escalas hierárquicas superiores. Fogem, portanto, aos padrões das doenças *pestilenciais* ou epidêmicas, que crescem nos dois sentidos e ameaçam a todos. Também, apesar de vitimar dezenas de milhares de trabalhadores jovens, não carregam consigo a necessidade de intervenções drásticas e investimentos em tecnologia específica para as conter ou fazê-las desaparecer, pois não colocam em risco imediato a produção e a reprodução do capital, em decorrência do excesso de força de trabalho disponível no momento do atual ciclo de desenvolvimento do capitalismo. Mas é uma bomba de efeito retardado, face ao número crescente de adoecidos e incapacitados. Essas são outras razões para considerar as LER uma doença emblemática desse ciclo, embora negando caracterizá-las como uma epidemia.

As perspectivas de um movimento social dessa ordem estão condicionadas a conjunturas econômico-políticas e sociais muito dinâmicas e que não se alteram, apenas, em uma única direção. Para que ele ganhe vida e força é necessário, pois, vontade e organização dos trabalhadores e amplo apoio social..

Os componentes internos e conjunturais do movimento dos trabalhadores sobre a questão LER apontam para algumas perspectivas favoráveis, mas há outros componentes externos que se contrapõem ao seu crescimento, subordinados ao ciclo atual do capitalismo e seu avanço no país. Assim sendo, até onde movimentos dessa ordem terão espaço para evoluir ?

Abstraindo o desinteresse ou incúria do patronato que sempre se beneficia com o excedente da força de trabalho, talvez numa quantidade nunca vista e por um tempo que ninguém prevê até onde vai, é fato que as agências governamentais, previdenciárias e as seguradoras dos países industrializados estão preocupadas com as LER, diante dos seus crescentes custos e da expectativa elevada de sobrevida dos incapacitados, quase invariavelmente pessoas abaixo de 45 anos de idade.

Atentando que a negação, ocultação e sub-notificação, artifícios tradicionalmente usados, não foram suficientes para dar conta do problema, os sistemas reparadores previdenciários e de assistência médica e o próprio Estado têm interesse em pesquisas nesse campo para elaborar propostas e mediar as negociações entre a classe trabalhadora e a classe patronal afim de tornar menos vexatória e explosiva a situação. As medidas preconizadas no Japão e países escandinavos caminham nessa direção, até o momento com resultados parcimoniosos. Esperança maior, talvez, seja a redução da jornada de trabalho que acabaria cumprindo vários objetivos, como diminuir acidentes e doenças do trabalho de qualquer ordem, reduzir o número de desempregados e evitar maiores tensões e turbulências sociais.

Em países periféricos ou semiperiféricos, como o Brasil, as dificuldades são maiores, por várias razões, entre elas, pela desigualdade de forças no conflito entre o capital e o trabalho, e pela falta de tradição de negociação entre patronato e classe trabalhadora na área de saúde e trabalho, sempre barganhada por cláusulas econômicas nos acordos coletivos. A expectativa de que os "*selos de qualidade*" venham a ser instrumentos para a melhoria das relações e organização do trabalho parece excessiva, mesmo para aquelas doenças atribuídas às condições e ambientes materiais de trabalho.

Por outro lado, o avanço da tese do "*Estado mínimo*", das propostas de desregulamentação das relações do trabalho e sociais e a doutrinação sobre a maximização dos princípios do mercado fazem parte de uma conjuntura pouco alentadora, ainda que as ações do Estado nunca tenham ido muito além de um

comportamento burocrático e de baixa eficácia, em questões dessa natureza, apesar da legislação e das normas regulamentadoras vigentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABREU, A.R.P. Mudança tecnológica e gênero no Brasil: primeiras reflexões. Novos Estudos CEBRAP, 35(3): 107-20, 1993.
- ALBORNOZ, S. O que é trabalho? 3a. ed. São Paulo, Brasiliense, 1988. p.7-14.
- ALGRANTI, E.; CAPITANI, E.M.; BAGATIN, E. Patologia do trabalho: sistema respiratório. In: Mendes, R. Patologia do trabalho. Rio de Janeiro, Atheneu, 1995. p.89-137.
- ANDERSON, J.A.D. Shoulder pain and tension neck and their relation to work. Scand. J. Environ. Hlth, 10:435-42, 1984.
- ANTUNES, R. Adeus ao trabalho? Ensaio sobre a metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho. São Paulo, Cortez, 1995. p.73-102.
- ARIÉS, P. Sobre a história da morte no Ocidente desde a Idade Média. Lisboa, Teorema, 1988, p.56-7.
- ARMSTRONG, T.J.; FOULKE, J.A.; JOSEPH, B.S.; GOLDSTEIN, S.A. Investigation of cumulative trauma disorders in a processing plant. Amer. Industr. Assoc. J., 43(2): 103-16, 1982.
- ARRIGHI, G. O longo Século XX. Rio de Janeiro, Contraponto/ UNESP, 1996. p.87-148.
- ASCHOFF, L. Tratado de anatomia patológica. 2a. ed. Barcelona, Labor, 1950. Tomo I. p. 509-639.
- ASSENATO, G. & NAVARRO, V. Workers' participation and control in Italy: the case of occupational medicine. In: Navarro, V. & Berman, D.M. Health and work under health and work under capitalism: an international perspective. New York, Baywood Publishing Co., 1982. p.152-67.
- ASSUNÇÃO, A.A. A saúde bancária na era moderna: fatores de risco. In: Instituto Nacional de Saúde no Trabalho. A saúde no trabalho bancário. São Paulo, Confederação Nacional dos Bancários e Central Única dos Trabalhadores, 1993. p. 25-35.
- ASSUNÇÃO, A.A. Sistema músculo-esquelético: Lesões por Esforços Repetitivos. In : Mendes, R. Patologia do trabalho. Rio de Janeiro, Atheneu, 1995. p.173-98.

- ASSUNÇÃO, A. A.; LACERDA, E. M.; ANDRADE, E. B. Lesões por Esforços Repetitivos: descrição e aspectos laborais e clínicos em casos do ADP/ UFMG. Rev. bras. Saúde Ocup., 21 (80): 13-22, 1993.
- AUBERT, N. A neurose profissional. In: Chanlat, J.F., coord. O indivíduo na organização: dimensões esquecidas. São Paulo, Atlas, 1994. p.163-93.
- AYRES, J. R. C. M. Ação comunicativa e conhecimento científico em epidemiologia: origens e significados do conceito de risco. São Paulo, 1995. [Tese de Doutorado - Faculdade de Medicina da USP]
- BAADER, E.W. Enfermedades profesionales: fundamentos clínicos. Madrid. Ed. Paz Montalvo, 1960. p.254-8.
- BAMMER, G. An international comparison of the prevalence of occupational overuse syndrome (RSI) among University office workers. In An International Perspective on Occupational Overuse Syndrome(RSI). The Australian National University.Diretor's Unit Research School of Social Sciences, 1987
- BAMMER,G. VDUs and musculoskeletal problems an the Australian National University: a case study. In: Knave, B.& Wideback, P. G., ed. Work with display units, 86: selected papers from the international conference, Stockholm, Sweden, 12-15 May, 1986. North Holland, Elsevier Publishers B.V., 1987. p.279-86.
- BAMMER, G. : The prevalence of work-related Neck and Upper Limb Disorders among Office workers in 7 countries. A Pilot Study. Preprints Of International, Conference on Ergonomics, Occupational Safety and Health and the Environment., 24-28, October.Vol.I. China, The Chinese Society of Metals-Australian Darling Downs Institute of Advanced Education., 1988 p. 297-305.
- BAMMER, G.: Review of current knowledge-musculoskeletal problems. In: Berlinguet, L.& Berthelette, D. ed. Work with display units. North Holland, Elsevier Publishers 1990. p.113-20.
- BAMMER, G. & BLIGNAULT, I. More than a pain in the arms. A review of the consequences of developing occupational overuse syndromes. J. Occup. Hlth Safety, 4 (5): 389-97, 1988.
- BAMMER, G. & MARTIN, B. The arguments about RSI: an examination community. Hlth Studies. 12(3): 348-55, 1988..
- BAMMER, G. & MARTIN, B. Repetition strain injury in Australia: medical knowledge , social movement and de facto partisanship. 1992. p.219-37. (Social Problems, 39)

- BANCO DO ESTADO DE SÃO PAULO. Banespa 60 anos. São Paulo, Projeto/PW, 1986.
- BANCO DO ESTADO DE SÃO PAULO. 40 anos de processamento de dados, 1990.
- BANCO DO ESTADO DE SÃO PAULO. 1993. Relatório da Administração. Folha de S. Paulo, São Paulo, 10 mar. 1994.
- BARDIN, L. Análise de conteúdo. Lisboa, Editora.70, 1977. p.169-204.
- BARRETO, M. L. & CARMO, E. H. Mudanças em padrões de morbimortalidade: conceitos e métodos. In: Monteiro, C.A., org. Velhos e novos males da saúde no Brasil: evolução do país e de suas doenças. São Paulo, Hucitec/ Nupens/ USP, 1995. p.17-30.
- BASBAUM, L. História sincera da República: das origens a 1889. 4.a.ed. São Paulo, Alfa-Omega, 1976. p.93-101, 128-36,167-78.
- BASBAUM, L. História sincera da República: de 1889 a 1930. 4º ed. São Paulo, Alfa-Omega, 1976. p.137-44.
- BECKER, H.S. Métodos de pesquisa em Ciências Sociais. São Paulo, Hucitec, 1992. p.117-33.
- BERLINGUER, G. Medicina e política. São Paulo, Hucitec, 1987. p.56-70.
- BERLINGUER, G. A doença. São Paulo, Cebes-Hucitec, 1988. p. 44-51.
- BERMAN, D. M. Why work kills: a brief history of occupational safety and health in the United States. In: Navarro, V. & Berman, D. M. Health and work under capitalism: an international perspective. New York, Ed. Baywood Publishing, 1982. p.168-92.
- BERMAN, D. M. Muerte en el trabajo. México, Ed. Siglo Veintiuno, 1983.
- BETANCOURT, O. Saúde e trabalho. Reflexões teórico metodológicas. Monitorio epidemiológico. Atención básica em salud. Quito, Ed. Centro de Estudios y Asesoría en Salud-CEAS/Organización Panamericana de la Salud-OPS, 1995. p.14-56.
- BIBLIA. Genesis. 17a. ed. Rio de Janeiro, Imprensa Bíblica Brasileira, 1984, p.3-6.
- BLACKBURN, R. O socialismo após o colapso. In: Blackburn, R. org. : Depois da queda o fracasso do comunismo e o futuro do capitalismo. São Paulo, Paz e Terra, 1993. p.107-199.

- BLASS, L. M. S. Trabalho bancário: o (re) fazer de todo instante. São Paulo, Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos Bancários de São Paulo, 1988
- BRANDIMILLER, A. P. Movimento repetitivo: a ponta do iceberg, In: Instituto Nacional de Saúde do Trabalhador. A saúde no trabalho bancário. São Paulo. Confederação Nacional dos Bancários e Central Única dos Trabalhadores, 1993. p.69-79.
- BRAVERMAN, H. Trabalho e capital monopolista: a degradação do trabalho no Século XX 3a.ed. Rio de Janeiro. Zahar, 1981. p.68, 67, 138, 140-141, 249-302, 268.
- BREILH, J. A reprodução social e a investigação em saúde coletiva: construção do pensamento e debate In Costa, D. C., org. Epidemiologia: teoria e objeto. São Paulo, Hucitec-Abrasco, 1986. p137-65.
- BREILH, J. & GRANDA, E. Saúde na sociedade. São Paulo, Instituto de Saúde, da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo e Abrasco, 1984. p.40-4.
- BRISSON, C.; VINET, A.; VÉZINA, M.: Disability among female garment workers. A comparison a national sample. Scand.J.Environ Health, 15: 323-28, 1989.
- BROWNE, C. D.; NOLAN, B. M; e FAITHFULL, D. K. Occupational repetition strain injury _Guidelines for diagnosis and management. Med. J. Australia, 17:329-32, 1984.
- CAMPANA, L. C. Prevalência de patologias da coluna vertebral entre bancários pelo exame clínico. Ribeirão Preto, 1990a.
- CANÊDO, L. B. O sindicalismo bancário em São Paulo. São Paulo, Símbolo, 1978. p. 28-32, 43.
- CANGUILHEM, G. O normal e o patológico. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1978. p. 67-76, 91-93, 126-127.
- CANNON, L. J.; BERNARCKI , E. J.; WALTER, S. D. Personal and occupational factors associated with Carpal Syndrome. J. Occup. Med., 23(4): 255-8, 1981.
- CANO, W. Industrialização, crise, ajuste e reestruturação. In: Oliveira, C. A.; Mattoso, J. E. L.; Siqueira Neto, J. F.; Oliveira, M. A., org. O mundo do trabalho: crise e mudança no final do Século. São Paulo. Ministério do Trabalho, Centro do Estudos Sindicais e de Economia do Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas e Scritta-Ed. Página Aberta, 1994. p.589-604.
- CARDOSO, A. J.; TAVARES, J. A. D.; CASTRO, C. A. J. Tenossinovite: uma doença profissional dos digitadores. Porto Alegre,, Sindicato dos trabalhadores em empresas

- de processamento de dados do Rio Grande do Sul. In: Congresso Nacional de Profissionais de Processamento de dados, 5º, Belo Horizonte, 1994. Anais.
- CARDOSO DE MELLO, J. M. Consequências do neo-liberalismo: economia e sociedade. Rev. Inst. Econ. Univ. Campinas, 11(8): 59-67, 1992.
- CARMO, J. C.; ALMEIDA, I. M.; M. C. P.; SETTIMI, M. M. Acidentes do trabalho. In: Mendes, R. Patologia do trabalho. Rio de Janeiro, Atheneu, 1995. p.431-55.
- CARONE, E. Movimento operário no Brasil.(1877-1944). Rio de Janeiro, Difel, 1979.
- CARONE, E. A República Velha: instituições e classes sociais. São Paulo, Difel, 1970. p.9-23, 70-93, 189-245.
- CASTLEMAN, B. I. The export hazard factories to developing Nations. In: Navarro, V. & Berman, D. M. Health and work under capitalism. An international perspective. New York, Baywood Publishing Co., 1982. p.271-308.
- CASTRO, A. L.; FARIA, M. M.; ADORNO, R. C. F.; ZIONI F. "Mulher, Mulher: saúde, trabalho, cotidiano. In: Alves, P.C. & Minayo, M.C.S., coord. Saúde e doença: um olhar antropológico. Rio de Janeiro, Fundação Oswaldo Cruz, 1994. p.141-152.
- CHATTERJEE, D. S. Repetition strain injury: a recent review. J. Social Occup. Med., 37, 100-5, 1987.
- CHAUREL, M.A. Avaliação de distúrbios psicológicos: pesquisa com questionários breves de saúde mental. In: Costa, D. F.; Carmo, J. C.; Settimi, M. M.; Santos, U. P.: Programa de Saúde dos Trabalhadores. A experiência da zona norte: uma alternativa em Saúde pública. São Paulo, Hucitec, 1989. p.201- 14.
- CHRETIEN, C. A ciência em ação. Mitos e limites. São Paulo, Papirus, 1994. p.17-43 173-176, 177-82.
- CLUTTERBUCK, R. C. The state of industrial Ill-health in the United Hingdom. In Navarro, V. & Berman, D.M. Healh and work under capitalism : an international perspective. New York, Baywood Publishing, 1982. p.141-51.
- CODO, W.; SAMPAIO, J. J. C.; HITOMI, A. H.; BAUER, M. A síndrome do trabalho vazio em bancários. In: Codo, W. e Sampaio, J. J.C., org. Sofrimento psíquico nas organizações: saúde mental e trabalho. São Paulo, Vozes, 1995. p.316-29.
- CODO, W. W.; HITOMI, A. H.; SAMPAIO, J. J. C.; RUIZ, E. M. Paranóia e trabalho. Os trabalhadores em um centro de processamento de dados. In: Codo, W. e Sampaio, J. J. C., org. Sofrimento psíquico nas organizações: saúde mental e trabalho, São Paulo, Vozes, 1995. p. 294-315.

- COHN, A. Mudanças econômicas e políticas de saúde no Brasil. In: Laurell, A.C.; org. Estado e políticas sociais no neoliberalismo. São Paulo, Cortez, 1995. p.225-4.
- COLACIOPPO, S. Limites de exposição. In: Fischer, F. M.;Gomes, J. R.; Calacioppo, S., org. Tópicos de saúde do trabalhador. São Paulo, Hucitec, 1989. p. 99-132.
- CONCEIÇÃO, M. C. G. coord.; MORAES, A. R.; CARRARA, D.; FAVRE, E.; FERNANDES, G. S.; ASSIS Fo, H. R.; ELLER, I. P. Estudos de mortalidade dos funcionários do Banco do Brasil. Relatório Final. Rio de Janeiro,Caixa de Assistência dos Funcionários do Banco do Brasil-CASSI/ Caixa de Previdência dos Funcionários do Banco do Brasil-PREVI, 1992 .
- CORDEIRO, R.; FISHER, F.M.; LIMA Fo, E.C.; MOREIRA Fo, D.C. Ocupação e hipertensão. Rev. Saúde publ., S. Paulo, 27(5):380-7, 1993.
- CORIAT, B. Automação programável: novas formas e conceitos de organização da produção. In: Schimitz, H. e Carvalho, R. Q., org. Automação, competitividade e trabalho: a experiência internacional. São Paulo, Hucitec, 1988. p.13-61.
- COSTA, D. C. e COSTA, N. R. Teoria do Conhecimento e Epidemiologia. Um convite à Leitura de John Snow. In: Costa, D. N., org. Epidemiologia: teoria e objeto, São Paulo, Hucitec-Abrasco, 1990. p.167-202.
- COSTA, J. F. A consciência da doença enquanto consciência do sintoma: A “doença dos nervos” e a identidade psicológica. Cadernos do Instituto de Medicina Social. Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social /UERJ, Vol.1, Mar/Abr, p.4-44, 1987.
- COSTA, J. F. Psicanálise e contexto cultural: imaginário psicanalítico, grupos e psicoterapias. Rio de Janeiro, Campus, 1989. p.17-30.
- COSTA, N. R. Lutas urbanas e controle sanitário: origens das políticas de saúde no Brasil. Rio de Janeiro, Vozes, 1985, p.33-51, 78-104.
- COUTINHO, L. A terceira revolução industrial e tecnológica. In: Economia e sociedade. Rev. Inst. Econ.Univ. Campinas, 1(8): 69-88, 1992.
- COUTO, H. A. Tenossinovite e outras lesões por traumas cumulativos nos membros superiores de origem ocupacional. Belo Horizonte, Ergo, 1991.
- CROFTON, D. e DOUGLAS, A. : Respiratory diseases. Grã-Bretanha, Blackwell Science Publications, 1969. p.163-9.
- DEJOURS, C. A loucura do trabalho. São Paulo, Oboré, 1987. p. 41-2, 126-32.

- DEJOURS, C. Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: Chanlat, J. F. coord. O indivíduo na organização. São Paulo, Atlas, 1992. p.150-73.
- DEJOURS, C.; ABDOUCHELI, E.; JAYET, C. Psicodinâmica do trabalho. São Paulo, Atlas, 1994.
- DEMBE, A. The social history of musculoskeletal disorders. In: Second International Scientific Conference on Prevention of Work related musculoskeletal Disorders Montreal, Canadá, 1995, 25-Septembre.
- DEMO, P. Pesquisa: princípio científico e educativo. 3.a ed. São Paulo, Cortez, 1992. p.36-44.
- DEMO, P. Avaliação qualitativa. São Paulo, Ed. Autores Associados, 1994. p.15-31.
- DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICAS E ESTUDOS SÓCIO-ECONÔMICOS Profissão: bancário. Perfil da categoria. São Paulo, Federação dos Empregados em Estabelecimentos Bancários de São Paulo e Matogrosso do Sul, 1980.
- DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTUDOS E PESQUISAS DE SAÚDE E DOS AMBIENTES DE TRABALHO. Insalubridade: a morte lenta no trabalho. São Paulo, Oboré, 1989.
- DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SÓCIO-ECONÔMICOS. O emprego dos bancários: a longa onda de demissões. São Paulo. Dieese, 1992.
- DEPARTAMENTO INTENSINDICAL DE ESTUDOS DE SAÚDE E DOS AMBIENTES DO TRABALHO. 1º Seminário sobre a saúde do bancário. São Paulo, Diesat, 1994.
- DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTATÍSTICA E ESTUDOS SÓCIO-ECONÔMICOS e DEPARTAMENTO INTERSINDICAL DE ESTUDOS DE SAÚDE E DOS AMBIENTES DE TRABALHO. Saúde do trabalhador e reestruturação produtiva. São Paulo, Dieese/Diesat, 1994.
- DEPPE, H. U. Work, Disease, and Occupational Medicine in the Federal Republic of Germany. In: Navarro, V. e Berman, D. M. Health and work under capitalism: an international perspective. New York, Baywood Publishin., 1982. p.193-207.
- DUARTE, L. F. D. Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas. Rio de Janeiro, Zahar, 1986.

- DUPUIS, M. La tendinite du musicien: thème et variations. In: International Scientific Conference on Prevention of work-related Musculoskeletal Disorders, 2nd. Montreal, 1995. 26 September. Anais.
- ELIADE, M. Tratado de história das religiões. São Paulo, Martins Fontes, 1993. p.313-31.
- ELSTER, J. Exploração, liberdade e justiça. In: Krischke, P. J., org. O contrato social: ontem e hoje. São Paulo, Cortez, 1993. p.239-61.
- ENGELS, F. A situação da classe trabalhadora na Inglaterra. São Paulo, Global, 1985. p.157-240.
- FACHINI, L. A. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo da determinação social aplicado à saúde do trabalhador. In: Buschinelli, J. T. P., Rocha, L. E. Rigotto, R. M., org. Trabalho de gente? Trabalho, doença e trabalho no Brasil. São Paulo, Vozes, 1993. p.178-86.
- FALEIROS, V. P. O trabalho da política: saúde e segurança dos trabalhadores. São Paulo, Cortez, 1992. p.45-51.
- FAUSTO, B. Trabalho urbano e conflito social (1890-1920). Rio de Janeiro, Difel, 1977. p.13-37, 105-132, 133-150, 192-216.
- FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE BANCOS Manual básico de prevenção: LER/Lesões por Esforços Repetitivos. S. Paulo, Febraban, sd.
- FERGUSON, D. An australian study of telegraphists' cramp. Br. J. Ind. Med., 28: 280-5. 1971.
- FERNANDES, A. Comentários à Consolidação das Leis da Previdência Social. São Paulo, Atlas, sd. p.21.
- FERREIRA, M. C. O trabalho do caixa bancário: ritual de tensão, ansiedade e monotomia, S.Paulo, 1989.
- FERREIRA, M. C. A síndrome da condição bancária. In: Instituto Nacional de Saúde no trabalho A saúde no trabalho bancário. São Paulo, Confederação Nacional do Bancários e Central Única dos Trabalhadores, 1993.
- FEUERSTEIN, M.; CALLAN-HARRIS, S.; HICKEY, P.; DYER, D.; ARMBRUSTER, W.; CAROSELLA, A. M. Multidisciplinary Rehabilitation of Chronic Work-Related Upper Extremity Disorders. J. Occup. Med., 35(4):396-403, 1993.

- FONSECA, L. A. M. Evolução das doenças neoplásicas. In: Monteiro, C.A., coord. Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de duas doenças. São Paulo, Hucitec/ Nupens/ USP, 1995. p. 268-78.
- FOUCAULT, M. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro, Ed.Forense Universitária, 1977. p.1-21.
- FOUCAULT, M. A microfísica do poder. 2.a ed. Rio de Janeiro, Graal, 1981. p.79-111.
- FRANCO, O. História da febre amarela no Brasil. Rio de Janeiro, Ministério da Saúde, 1969.
- FRANCO, B. S. Os bancos do Brasil. 2.a ed. Brasília, Ed. Universidade de Brasília, 1984.
- FRANZBLAU, A.; FLASCHNER, D.; ALBERTS, J. W.; BLITZ S.; WERNER, R.; ARMSTRONG T. Medical Screening of Office Workers for Upper Extremity Cumulative Trauma Disorders. Arch. Environ. Hlth, 48(3): 164-70, 1993.
- FRENCH, J. D. O ABC dos operários: conflitos e alianças de classe em São Paulo - 1900- 1950. São Paulo, Hucitec, 1995. p.20-9.
- FURTADO, C. Formação econômica do Brasil. Rio de Janeiro, Fundo de Cultura, 1961. p.11-117.
- GAMA, R. A tecnologia e o trabalho na história. São Paulo, Nobel/ Edusp, 1987. p. 1-7, 181-193, 208, 213.
- GARCIA, J. C. Medicina e sociedade: as correntes de pensamento no campo da saúde. In: Nunes, E., org. Medicina social: aspectos históricos e teóricos, São Paulo, Global, 1983. p.95-132.
- GARCIA, J. C. A categoria trabalho na medicina. In: Nunes, E. D., org. & Garcia, J. C. Pensamento social em saúde na América Latina. São Paulo, Cortez/ ABRASCO, 1989. p.68-99, 100-24.
- GINZBURG, C. Mitos, emblemas, sinais: morfologia e história. São Paulo. Ed. Companhia das Letras, 1990. p.143-80.
- GOMES, J.R. Dispendio energético e reposição calórica em algumas funções da indústria automobilística. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP.
- GONÇALVES, R .B. M. Tecnologia e organização social das práticas de saúde: Características tecnológicas do processo de trabalho na rede estadual de centros de

saúde de São Paulo. São Paulo, 1986. [Tese de doutorado - Faculdade de Medicina da USP]

GONÇALVES, R. B. M. Reflexão sobre a articulação entre a investigação epidemiológica e a prática médica a propósito das doenças crônicas degenerativas. In: Costa, D. C. org. Epidemiologia: teoria e objeto. São Paulo, Hucitec e Abrasco, 1990. p.39-86.

GORZ, A. A nova agenda. In: Blackburn, R., org. Depois da queda: o fracasso do comunismo e o futuro do socialismo. 2.a ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1992. p.235-48.

GRAY, S. J. Úlcera péptica. In: Harrison, T. R.; Adams, R.D.; Resnik, W.H.; Beeson, P.P.; Thorn, G.W.; Wintrobe, M. M.: Medicina interna, Rio de Janeiro, Guanabara-Koogan, 1956. p.1583-7.

GRÜN, R. Taylorismo e fordismo no trabalho bancário. Agentes e cenário. Rev. bras. Ciências Sociais, 2(1): 13-27, 1986.

GUBA E. G. & LINCOLN, Y. S. Four generation evaluation. Newbury Park, Sage Publications, 1989. p.117-141, 142-155, 156-183.

HARVEY, D. Condição pós-moderna. 4. ed., São Paulo, Loyola, 1994. p.115-84.

HASSARD, J. Tempo de trabalho: outra dimensão esquecida nas organizações. In: Chanlat, J. F., coord. O indivíduo na organização: dimensões esquecidas. São Paulo, Atlas, 1992. p.175-93.

HEIDEGGER, M. A ciência moderna é essencialmente ativa. In: Chretien, C. A ciência em ação. Mitos e limites. São Paulo, Papyrus, 1994.

HESÍODO, Os trabalhos e os dias. São Paulo, Iluminuras, 1990. p.25-29, 59-76.

HIRATA, H. & ZARIFIAN, P. Força e fragilidade do modelo japonês. Estudos avançados, São Paulo, 12(5):173-85, 1991.

HOBSBAWM, E. A era das revoluções. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1977. p.43-69, 187-201.

HOBSBAWM, E. A era do capital: 1848-1875. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1979. p.49-66.

HOBSBAWM, E. Os trabalhadores: estudos sobre a história do operariado. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1981.

- HOBBSAWM, E. Mundos do trabalho: novos estudos sobre história operária. São Paulo, Paz e Terra, 1988. p.273-97.
- HOBBSAWM, E. A era dos extremos: o breve século XX. 1914-1991. São Paulo, Companhia das Letras, 1994.
- HOROWITZ, J. Crippled by computers. As more U.S.workers spend their days at keyboards, hand injuries and lawsuits are multiplying. Time, 12 oct. 1992..
- HUNTING, K. L.; WELCH, L. S.; CUCCHERINE, B. A.; SEIGER, L. A. Musculoskeletal symptoms among electricians. Amer. J. Indust. Med., 25: 149-63. 1994.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censos demográficos do Brasil, 1872/1992.
- INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE NO TRABALHO. Cidadania, trabalho e saúde coletiva: resoluções sobre saúde do III Congresso do CNB/CUT. In: Instituto Nacional de Saúde no Trabalho. A saúde no trabalho bancário. S. Paulo, Confederação Nacional dos Bancários e Central Única dos Trabalhadores, 1993. p.109-15.
- INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE NO TRABALHO. Saúde, vida e trabalho: os desafios para os bancários a partir de 1993. In: Instituto Nacional de saúde no trabalho. A saúde no trabalho bancário. São Paulo, Confederação Nacional dos Bancários Central Única dos Trabalhadores, 1993. p.119-20.
- ITANI, T. RSI in Japan. In: An International perspective on occupational Overuse Syndrome (RSI). The Australian National University. Director's Unit Research School of Social Sciences, 1987.
- JARDIM, S. R. Processo de trabalho e sofrimento psíquico. O caso dos pilotos do Metrô carioca. Rio de Janeiro, 1994. [Tese de Doutorado - Instituto de Psiquiatria da UFRJ].
- JOVCHELIVITCH, S. Vivendo a vida com os outros: intersubjetividade, espaço público e representações sociais. In: Jovchelovitch, S.& Guareschi, P. org. Textos em representações sociais. Petrópolis, Vozes, 1994. p. 63-85.
- KILBON, A. Work-related neck and upper limb disorders in Sweden. In: An International perspective on occupational Overuse Syndrome (RSI). The Australian National University. Director's Unit Research School of Social Sciences, 1987. p.1-28.

- KITAYAMA, T. Health care relating to the occupational cervicobrachial disorders. J. Human Ergol., 11: 119-24, 1982.
- KOYRÉ, A. Estudo de história do pensamento científico. 2a. ed. Rio de Janeiro, Forense Universitária, 1991.
- KROM, M. C. T. E. M.; KESTER, A. D. M.; KNIPSCHILD, P. P.; SPRANS, F. Risk factors for Carpal Tunnel syndrome. Amer. J. Epidemiol. 132 (6): 1102-10, 1990.
- KUORINKA, I. & FORCIER, L. coord. LATR-Les lésions attribuibles au travail répétitif. ouvrage de référence sur les lésions musculo-squelettiques liées au travail. Quebec, Ed.Maloine/ IRSST/ MultiMondes, 1995.
- KUORINKA, I. & VIKARI-JUNTURA, E. Prevalence of neck and upper limb disorder (NLD) and work load in different occupational groups. Problemas in classification and diagnosis. J. Human Ergol., 11:65-72, 1982.
- KURZ, R. O colapso da modernização. Da derrocada do socialismo de caserna à crise da economia mundial. São Paulo, Ed. Paz e Terra, 2a. ed., 1993. p. 198-222.
- KURZ, R. Folha de S. Paulo (Caderno Mais), São Paulo, 04 ago. 1996.
- LANDES, D. S. Prometeu desacorrentado. Transformação tecnológica e desenvolvimento industrial na Europa Ocidental, desde 1750 até a nossa época. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1994. p. 49-129, 67, 91-92, 502, 573.
- LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: Nunes, E., org. Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo, Global, 1982. p.135-58.
- LAURELL, A. C. Work and health in Mexico. In Navarro,V.& Berman, D. M.: Helth and work under capitalism: an international perspective. New York, Baywood Publishing, 1982, p. 211-36.
- LAURELL, A. C. Avançando em direção ao passado: a política social do neo-liberalismo In: Laurell, A. C. org.: Estado e políticas sociais no neoliberalismo. São Paulo, Cortez, 1995, p.151-78.
- LAURELL, A. C.; Estado e políticas sociais no neoliberalismo. São Paulo, Cortez, 1995.
- LAURELL, A. C. & NORIEGA, M. Trabajo e salud en Sicarta. México, Universidad Autonoma do Mexico, 1987.
- LAURELL, A. C. & NORIEGA, M. Processo de produção e saúde. Trabalho e desgaste operários. São Paulo, Hucitec, 1989.

- LEAVELL, H. & CLARK, E. G. Medicina preventiva. São Paulo, McGraw-Hill do Brasil, 1976. p.37-98.
- LECH, O. & HOEFEL, M. G., Protocolo de investigação das lesões por esforços repetitivos (LER.). São Paulo, Rhodia Farma, s.d.
- LEFEBVRE, H. O direito à cidade. São Paulo, Documentos, 1969, p. 9-29.
- LINTON, S. J. Risks factors for neck and back pain in a working population in Sweden. Work & Stress, 4(1): 41-9, 1990.
- LOLIO, C.A.; PEREIRA, J.C.R.; LOTUFO, P.A.; SOUZA, J.M.P. Hipertensão e possíveis fatores de risco. Rev. Saúde publ., S.Paulo, 27 (5):357-62, 1993.
- LOTUFO, P. A. & LÓLIO, C. A. Tendências de evolução da mortalidade por doenças cardíaco-vasculares: o caso de São Paulo. In: Monteiro, C. A.; org. Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças. São Paulo, Hucitec/ Nupens/ Usp, 1995. p.279-88.
- LUCIRE, Y. Neurosis in the workplace. Med. J. Australia, 145(6): 323-30, 1986.
- MAEDA, K.; HORIGUSHI, S.; HOSOKAWA, M. History of studies on occupational cervicobrachial disorder in Japan and remaining problemas. J. Human Ergol., 11: 29-36, 1982.
- MAEDA, K., HUNTING, W.; GRANDJEAN, E. Factors analyses fatigue complaints of accounting machine operations. J. Human Ergol., 11: 37-43, 1982.
- MANN, T. A montanha mágica. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1980.
- MARI, J. J e WILLIAMS, P. A validity study of a psychiatric Screening Questionnaire (SRQ-20) in Primary Care in the city of Sao Paulo. Br. J. Psychiatr., 148: 23-6, 1986.
- MARSHALL, C. & ROSSMAN, G. B. Designing qualitative research. Newbury Park, Sage Publications, 1989. p.144-53.
- MARTY, P. Psicossomática do adulto. Porto Alegre, Artes Médicas, 1993. p.12-46.
- MARX, K. O capital. Crítica da economia política. O processo de produção do capital. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1975. Livro I, v. I p. 202, 260-339, 311, 316, 321, 337, 343, 369, 402-410, 424, 426-427, 467, 477-502.

- MATTOSO, J.E.L. O novo e inseguro mundo do trabalho nos países avançados. In: Oliveira, L.A.; Mattoso, J.E.L.; Siquira Neto, J.F.; Oliveira, M.A.,org. O mundo do trabalho: crise e mudança no final do século. São Paulo. Ministério do Trabalho, Centro de Estudos Sindicais e de Economia do Instituto de Economia da Universidade Estadual de Campinas e Scritta-Ed. Página Aberta, 1994. p. 521-62.
- MENDES, R. Importância das pequenas empresas industriais no problema de acidentes do trabalho em São Paulo. São Paulo, 1975. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP]
- MENDES, R. Epidemiologia da silicose na Região Sudeste do Brasil. Contribuição para seu estudo através de inquérito de pacientes internados em hospitais de tisiologia. São Paulo, 1978. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP]
- MENDES, R. Aspectos históricos da patologia do trabalho. In: Mendes, R.: Patologia do trabalho. Rio de Janeiro, Atheneu, 1995. p.3-31.
- MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo, Hucitec e Abrasco, 1992. p.19-88, 94.
- MINAYO, M. C. S. O conceito de representações sociais dentro da sociologia clássica. In: Jovchelovitch, S. & Guareschi, P., org. Textos em representações sociais. Petrópolis, Vozes, 1994. p.89-111.
- MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. Portaria 4.062 de 06.08.87: dispõe sobre os procedimentos a serem observados nos casos de síndrome da Tenossinovite junto aos Setores Assistenciais do INAMPS e INPS. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, 7 ago, 1987. p. 125-44.
- MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL/ INSTITUTO NACIONAL DE SEGURO SOCIAL. Lei 514. LER: Lesões por Esforços Repetitivos. Normas técnicas para avaliação da incapacidade. Brasília, 1993.
- MIYAKE, S.; HIMENO, J.; HOSOKAWA, M. Clinical Features of occupational cervicobrachial disorder (OCD). J. Human Ergol., 11:109-127, 1982.
- MONTEIRO, C. A., org. Velhos e novos males da saúde no Brasil: a evolução do país e de suas doenças. São Paulo, Hucitec, Nupens/Usf, 1995.
- MORGAN, W. K. C. Byssinosis and related conditions In Morgan, W.K.C.& Seaton, A. Occupational lung diseases. Philadelphia, W.B. Saunders, 1975. p.275-288.
- MORRONE, L. C. Epidemiologia da silicose no Estado de São Paulo. São Paulo, 1979. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP]

- NAKASEKO, M.; TOKUNAGA, R.; HOSOKAWA, M. History of occupational cervicobrachial disorder in Japan. J. Human Ergol. 11: 7-16, 1982.
- NAVARRO, V. Produção e Estado do bem-estar: o contexto das reformas. In: Laurell, A.C., org. Estado e políticas sociais no neo-liberalismo. São Paulo, Cortez, 1995. p. 91-124.
- NAVARRO, V. & BERMAN, D. M. Health and work under capitalism: an international perspective. New York, Baywood Publishing, 1982.
- NOGUEIRA, D. P.; CERTAIN, D. A.; UESUGUI, S. J.; KOGA, R. K. RIBEIRO, H. P. Asbestose no Brasil: um risco ignorado. Rev. Saúde públ., São Paulo, 9: 427-32, 1975.
- NOGUEIRA, D. P.; GOELZER, B. F.; COX, J. W.; SILVA, E. P.; SAUAIA, N. Bissinose no Município da Capital de São Paulo. Rev. Saúde públ., São Paulo, 7: 251-72. 1973.
- NOGUEIRA, R. P. Medicina interna e cirurgia. Formação social da prática médica. Rio de Janeiro, 1977. [Dissertação de Mestrado - Universidade Estadual do Rio de Janeiro].
- NORONHA, E. G. Greves e Estratégias sindicais no Brasil. In: Oliveira, C.A.; Mattoso, J. E. L.; Siqueira Neto, J. F. Oliveira, M.A., org. O mundo do trabalho. Crise e mudança no final do Século. São Paulo, Ministério do Trabalho-Centro de Estudos Sindicais e de Economia do Trabalho do Instituto de Economia da Universidade de Campinas/ Scritta-Ed. Página Aberta, 1994. p.323-57.
- NÚCLEO DE REFÊNCIA EM DOENÇAS OCUPACIONAIS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Relatório Anual. Belo Horizonte, 1991.
- NÚCLEO DE REFERÊNCIA EM DOENÇAS OCUPACIONAIS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Relatório Anual. Belo Horizonte, 1992.
- NÚCLEO DE REFÊRENCIA EM DOENÇAS OCUPACIONAIS DA PREVIDÊNCIA SOCIAL. Relatório Anual. Belo Horizonte, 1993.
- OFFE, C. Capitalismo desorganizado. São Paulo, Brasiliense, 1994. p. 1-17.
- OHARA, H.; ITANI, T.; AOYAMA, H. Prevalence of occupational cervicobrachial disorder among different occupational groups in Japan. J. Human Ergol. 11: 55-63, 1982.

- OLIVEIRA, J. A. A. & TEIXEIRA, S. M. F. (Im)previdência Social. 60 anos de história da previdência no Brasil. Rio de Janeiro, Vozes/Abrasco, 1986. p.35-51.
- OLIVEIRA, M. A. Avanços e limites do sindicalismo brasileiro recente. In: Oliveira C.A.; Mattoso, J.E.L.; Siqueira Neto, J. F.; Oliveira M. A.; org. O mundo do trabalho. Crise e mudança no final do Século. São Paulo, Ministério do Trabalho-Centro de Estudos Sindicais e de Economia do Trabalho do Instituto de Economia da Universidade de Campinas / Scritta- Ed. Página Aberta, 1994. p. 497-518.
- ONISHI, N.; NOMURA, H. SAKAI, K.; YAMAMOTO, T.; HIRAYAMA, K.; ITANI, T. Shoulder muscle tenderness and physical features of female industrial workers. J. Human Ergol. 5: 87-102, 1976.
- ONISHI, N.; SAKAI, K. ; KOGI, K. Arm and shoulder muscle load in various keyboard operating jobs woman. J. Human Ergol., 11: 89-97, 1982.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Manual de classificação estatística internacional de doenças, lesões e causas de óbito. 9a. rev. 1975. CID-9 São Paulo, Centro Colaborador da OMS para a Classificação Internacional de Doenças em Português, 1978.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Manual de Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde: 10a. rev.CID-10. São Paulo, Edusp,1994. 2v.
- OSORIO, A. M.; AMES R. G.; JONES, J.; CASTORINA, J.; REMPEL, D.; ESTRIN W.; THOMPSON, D. Carpal tunnel syndrome among grocery store workers. Amer.J. Industr. Med., 25: 229- 45, 1994.
- PAGÈS, M.; BONETTI, M.; GAULEJAC, V.; DESCENDRE, D. O poder das organizações. São Paulo, Atlas, 1990. p.188-207.
- PEDROSO, E. M. K.; HANSES, I. M.; BASTANI, R. F. O trabalho bancário: trabalho, vida e sindicato. Relatório de pesquisa. Porto Alegre, Federação dos empregados em estabelecimentos bancários do Rio Grande do Sul, 1989.
- PENA, M. V. J. A introdução de ideologias gerenciais no Brasil. Rev. Adm. Empresas, 25 (3): 23-30, 1985.
- PITTA, A. Hospital: dor e morte como ofício. 3.a ed. São Paulo, Hucitec, 1994. p.151- 57.
- POSSAS C. A. Saúde e trabalho: a crise da previdência social . Rio de Janeiro, Graal, 1981. p.164-75.

- POSSAS, C. A. Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil. São Paulo, Hucitec, 1989. p.167-212.
- PRADO JR. C. História econômica do Brasil. 16a.ed. São Paulo. Brasiliense, 1973, p. 48-65, 181-189, 257- 69.
- RAMAZZINI, B. As doenças dos trabalhadores. Rio de Janeiro, Liga Brasileira Contra os Acidentes do Trabalho. 1971. p.157-9.
- RAWLS, J. A justiça como equidade. In: Krischke, P. J., org. O contrato social: ontem e hoje. São Paulo, 1993. p.155-91.
- RENAUD, M. Hygeia versus panakeia? In: Evans, R. G., Barer, M. L.; Marmor, T. R., ed. Why are some people health and other not? The determinantes of health of populations. New York, Walters de Gruyter, 1994. p 317-34.
- RIBEIRO, A. C. M. Lesões por Esforços Repetitivos. São Paulo, Sindicato dos Trabalhadores de Empresas de Processamento de Dados, 1986.
- RIBEIRO, H. P. Alimentação como indicador de triagem sócio-econômica. Pediatr. prática 39(11): 5-23, 1968.
- RIBEIRO, H.P. Doenças e causas de morte na classe trabalhadora. In: Seminário Latino Americano. Campinas, Núcleo de Estudos de População/Unicamp e Comissão População e Desenvolvimento/Clacso, 1986. Anais. Vol.II., p.135-44.
- RIBEIRO, H.P. De que adoecem os bancários. São Paulo, Associação dos Funcionários do Colgomerado Banespa e Cabesp, 1993.
- RIBEIRO, H.P. Hospital: história e crise. São Paulo, Cortez, 1993. p. 37-45, 53-69.
- RIBEIRO, H.P. Alguns aspectos estruturais e conjunturais da sociedade brasileira e a saúde dos bancários. São Paulo, Associação dos Funcionários do Conglomerado Banespa e Cabesp, 1994.
- RIBEIRO, H. P. Conversando sobre L.E.R. (Lesões por Esforços Repetitivos), São Paulo, Associação dos Funcionários do Conglomerado Banespa e Cabesp/ Sindicato dos Bancários de Campinas e Região, 1994.
- RIBEIRO, H.P. Legislação, instrumentos, meios e definições de responsabilidades na prevenção das doenças do trabalho na categoria bancária. São Paulo, Associação dos Funcionários do Conglomerado Banespa e Cabesp, 1994.

- RIBEIRO, H.P. O número de acidentes do trabalho no Brasil continua caindo: sonegação ou realidade ? SOS/Rev.Assoc. bras. Prev. Acidentes, 29:14-21, 1994.
- RIBEIRO, H.P. Recuperação, reabilitação e realocação profissionais no setor bancário. São Paulo, Associação dos Funcionários do Conglomerado Banespa e Cabesp, 1994.
- RIBEIRO, H.P. Estado atual das Lesões por Esforços Repetitivos (L.E.R.) no Banco do Estado de São Paulo S.A.- Banespa. Cad. Saúde Assoc. Func. Conglom. Banespa Cabesp, 1(1), junho, 1995.
- RIBEIRO, H.P. Plano de saúde coletiva para os associados e dependentes do conglomerado Banespa. (Relatórios de consultoria para a Caixa Beneficente do Banco do Estado de São Paulo Cabesp). São Paulo, 1990.
- RIBEIRO, H.P. & LACAZ, F.A.C., org. De que adoecem e morrem os trabalhadores, São Paulo, Diesat e Imesp, 1984.
- RIBEIRO, M. A. R. Condições de trabalho na indústria têxtil paulista 1870-1930. São Paulo, Hucitec, 1988. p.23-42, 147-62.
- RIBEIRO, M.B.D.; RIBEIRO, A.B.; STABILE NETO, C.; CHAVES, C.; KATER, C.; YUNES, M.; SARAGOÇA, M.A.S.; ZANELLA, M.T.; ANÇÃO, M.S.; MARSON, O.; KOHLMANN JÚNIOR, O.; FRANCO, R.J.S.; NUNES, S.F.; RAMOS, O.L. Hypertension and economic activities in São Paulo, Brazil. Hypertension, 3 (suppl. 2): 233-7, 1981.
- ROCHA, L. E. Tenossinovite como doença do trabalho no Brasil: A atuação dos trabalhadores. São Paulo, 1989. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Medicina da USP].
- ROCHA, L. E. Estresse ocupacional em profissionais de processamento de dados: condições de trabalho e repercussões na vida e saúde dos analistas de sistemas.São Paulo, 1996. [Tese de Doutorado - Faculdade de Medicina da USP].
- ROMANELLI, G. O provisório definitivo. Trabalho e aspirações de bancários em São Paulo,1978. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP] .
- ROSEN, G. Da polícia médica à medicina social:ensaio sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro, Graal, 1979. p.143-69, 260-66, 317-34.
- ROSEN, G. Uma história da saúde pública. S. Paulo, Unesp, Hucitec e Abrasco, 1994. p.157-224.

- RUMMEL, D. Indicadores de mortalidade por categoria ocupacional e nível social, estado de São Paulo, 1980-1982. São Paulo, 1987. [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP] .
- RUMMEL, D. Trabalho e morte: uma contribuição para o estudo. In Costa, D. F.; Carmos, J. C.; Settimi, M. M.; Santos, U. P. Programa de Saúde dos trabalhadores. A experiência da Zona Norte: uma alternativa em saúde pública. São Paulo, Hucitec, 1989. p.359-67.
- SAAD, T.L.P. Responsabilidade civil da empresa nos acidentes de trabalho, 2ª ed., São Paulo, LTR, 1995
- SALM, C. & FOGAÇA, A. Modernização industrial e a questão dos recursos humanos. São Economia e Sociedade. Rev. Inst. Econ.Univ. Estadual Campinas, 1(8): 111-33, 1992.
- SANTOS, B.S. Um discurso sobre as ciências na transição para a ciência pós-moderna. Estudos Avançados, p.46-71, 1988.
- SANTOS, B. S. Pela mão de Alice. O social e o político na pós-modernidade. São Paulo, Cortez, 1996. p.104.
- SCHMITZ, S. Bancos privados e públicos em Santa Catarina. A Trajetória do BDE (Contribuição à história bancária catarinense). São Paulo, 1991. [Tese de Doutorado - Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas da USP].
- SEATON, A. Silicosis. In: Morgan, WH.K. C.; & Seaton, A. Occupational lung diseases. Philadelphia, W. B. Saunders, 1975. p.80-111.
- SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE Resolução SS.197 de 08.06.1992. Norma Técnica-LER/ Lesões por Esforços Repetitivos. Diário Oficial do Estado de São Paulo, 16 jun, 1992. Seção I, p. 24.
- SEGNINI, L. A liturgia do poder: trabalho e disciplina. São Paulo, Ed. Educ, 1989.
- SETTIMI, M. M.; MARTARELO, N. A.; COSTA, R. O.; SILVA, J. A. Estudo de caso de trinta trabalhadores submetidos a esforços repetitivos. In: Costa, D. F.; Carmo, J. C.; Settimi, M. M.; & Santos, U. P. Programa de Saúde dos trabalhadores. A experiência da Zona Norte: Uma alternativa em Saúde Pública. São Paulo, Hucitec, 1989. p.215-41.
- SETTIMI, M. M. & SILVESTRE, M. P. Lesões por Esforços Repetitivos (LER): um problema da sociedade brasileira. In: Codo, W & Almeida, M.C.C.G. org. LER: lesões por esforços repetitivos. São Paulo, Vozes, 1995. 321-25.

- SILVA, E. S.; SATO, L.; DELIA, A. A. Trabalho e saúde mental do bancário. São Paulo, Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho, 1985.
- SILVA, R. A. Computadores, digitação e caixas: a automação bancária em questão. In . Silva, R. A. & Leite, M. P. Modernização tecnológica, relações de trabalho e práticas de resistência. São Paulo, Iglu, Ildes e Labor., 1991.
- SILVA Fo, J. F. Subjetividade, sofrimento psíquico e trabalho bancário. In: Instituto Nacional de Saúde no Trabalho. A saúde no trabalho bancário. São Paulo, Confederação Nacional dos Bancários e Central Única dos Trabalhadores, 1993
- SILVA Fo, J. F.; REIS, C; JARDIM, S. R; CADILHE, G. R. L.; FERREIRA, I. F. X; EMILIANO, A. B. F; BRANDÃO, J. P. M.; PERECMANIS, L. Organização do trabalho e saúde mental: Estudo das relações entre a prevalência de doenças mentais e organização do trabalho bancário no município do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Convênio FUBJ/ Fundação Banco do Brasil, (Proc. n. 10/0357-3),1992.
- SINDICATO DOS EMPREGADOS EM ESTABELECIMENTOS BANCÁRIOS DE SÃO PAULO. Um estudo sobre o perfil da categoria bancária. São Paulo, 1989.
- SONTAG, S. A metáfora da doença. São Paulo, Graal, 1984.
- SOUZA, P. J. C. A organização por local de trabalho e a luta pela saúde. In: Instituto Nacional de Saúde no Trabalho. A saúde no trabalho bancário. São Paulo, Confederação Nacional dos Bancários e Central Única dos Trabalhadores, 1993. p.97-105.
- SOUZA-LOBO, E. A classe operária tem dois sexos. Trabalho, dominação e resistência. São Paulo, Brasiliense, 1991. p.73-86, 105-11.
- STEPAN, N. Gênese e evolução da ciência brasileira. Oswaldo Cruz e a política de investigação científica e médica. Rio de Janeiro, Artenova, 1976, p.67-100.
- SZAMOSI, G. Tempo & espaço: as dimensões gêmeas. Rio de Janeiro, Zahar, 1994. p.35-60.
- TANAKA, S.; SELIGMAN, P.; HALPERIN, W.; THUN, M.; TIMBROOK C.L.; WASIL, J. J. Use of workers' Compensation Claims Data for Surveillance of Cumulative Trauma Disorders. J.Occup.Med., 30(6): 488-92, 1988.
- THIOLLENT, M. Crítica metodológica. Investigação social & enquete operária. São Paulo, Polis, 1987. 15-66.

- THIOLLENT, M. Metodologia da pesquisa-ação. São Paulo, Cortez. 1994. p.24-46.
- THOMPSON, E. P. A formação da classe operária inglesa. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1987, vo.II, p.15, 28.
- TOLA, S.; RIIHIMAKI, H.; VIDEMAN, T.; VIIKARI-JUNTURA, E.; HANNINEN, K. Neck and shoulder symptoms among men in machine operating, dynamic physical work and sedentary work. Scand.J. Environ. Hlth, 14:299-305, 1988.
- VIEIRA, M. P. A.; PEIXOTO, M. R. C.; KHOURY, Y. M. A. A pesquisa em história. 2.a ed. São Paulo, Ática, 1991. p.12-28.
- VIIKARI-JUNTURA, E. Neck and upper limb disorders among slaughterhouse workers. Scand. J. Environ. Hlth. 9:283-90, 1993.
- VINALINAM, J. V. A historical and Socioeconomic Analysis of Occupational Safety and Health in India. In: Navarro, V. & Berman D. M. Health and work under capitalism: an international perspective. New York, Baywood Publishing, 1982. p.254-70.
- WALDMAN, E. A.; SILVA, L. J.; MONTEIRO, C. A. Trajetória das doenças infecciosas: da eliminação da poliomielite à reintrodução da cólera. In: Monteiro, C. C. org. Velhos e novos males da saúde no Brasil. A evolução do país e de suas doenças. São Paulo, Hucitec, Nupens/ Usp, 1995. p.195-244.
- WUNCHS Fo., V. Variações e tendências na morbimortalidade dos trabalhadores. In: Monteiro, C. A., org. Velhos e novos males da saúde no Brasil. A evolução do país e de suas doenças. São Paulo, Hucitec/Nupens/USP, 1995. p. 289-330.
- YIN, R. K. Case study research design and methods. Thousand Oaks, Sage Publications, 1994. p.1-15.
- ZAMBERLAN, F. L. e SALERNO, M. S. O trabalho nos bancos. São Paulo, Departamento de Engenharia de Produção da Escola Politécnica da Universidade de São Paulo, 1989.
- ZIEGLER, J. [Entrevista] Folha de S.Paulo, S.Paulo, 26 set. 1996.

ANEXOS

- I. Modelo do Questionário**
- II. Integra dos Depoimentos**
- III. Siglas**

I. Modelo do Questionário

Prezado(a) Companheiro(a)

Esse questionário está sendo encaminhado aos 1.223 colegas do BANESPA, que em algum momento tiveram diagnóstico de L.E.R., estejam ou não ainda doentes.

Ele faz parte de uma extensa pesquisa que a AFUBESP promove e cujo objetivo maior é conhecer melhor o desenvolvimento dessas lesões para fundamentar junto ao Banco suas propostas com relação a prevenção, diagnóstico e tratamento precoces e corretos, repercussões sobre a saúde e capacidade de trabalho, política eficaz de realocação e a preservação de direitos previdenciários e trabalhistas.

Preocupa-nos, também, sua evolução individual e por isso entendemos necessário acompanhar caso a caso, através de questionários subsequentes. Daí a necessidade de identificação.

A identidade e dados pessoais do(a) colega serão mantidos em absoluto sigilo e sob a guarda e responsabilidade direta e exclusiva do Núcleo de Saúde e Trabalho (NUSAT) da AFUBESP, coordenado pelo nosso diretor Leandro Konig, caixa do Banespa e Médico, que tem a assessoria do Dr. Herval Pina Ribeiro. No entanto, caso o(a) colega não queira declarar sua identidade, poderá responder o questionário sem fazê-lo, o que prejudicará, obviamente, o acompanhamento individual de seu caso, mas não prejudicará esse levantamento inicial de fundamental importância.

Por outro lado, caso entenda interessante incluir outras questões, dados e experiências, poderá fazê-lo na página final, no item observações.

Por fim, fazemos questão de frisar que os dados trabalhados e conclusões dessa pesquisa e as propostas da AFUBESP serão prioritariamente encaminhadas aos companheiros que têm ou tiveram a amarga experiência de adoecer por L.E.R..

Atenciosamente,

Diretoria

PESQUISA SOBRE L.E.R.

QUESTIONÁRIO

Todas as respostas do(a) declarante, inclusive as relacionadas à sua identidade, são absolutamente confidenciais e em nenhum momento ou por qualquer razão serão reveladas. Os dados sobre identidade se fazem necessários a fim de possibilitar o seguimento periódico dos adoecidos e da doença de cada um. No entanto, caso o(a) declarante não queira declinar sua identidade poderá não responder este item e preencher os demais.

NOME : _____

NASC.: SEXO: M ☐ F ☐ EST. CIVIL: C ☐ S ☐ O ☐

ENDEREÇO : _____

CEP : _____ TELEFONE : _____

ESCOLARIDADE: 1º grau completo ☐

2º grau completo ☐

Superior completo ☐ Superior incompleto ☐

BANCO AG.: _____ CIDADE : _____

ENDEREÇO : _____

CEP:

--	--	--	--	--	--	--	--

TELEPHONE :

FUNÇÃO ATUAL : _____ ANOS DE FUNÇÃO :

FUNÇÕES ANT. : _____ ANOS DE FUNÇÃO :

____ ANOS DE FUNÇÃO :

ANOS DE FUNÇÃO :

TEMPO DE TRABALHO NESSE BANCO - ANOS :

TEMPO DE TRABALHO EM OUTROS BANCOS - ANOS :

TEMPO EM TRABALHO PARECIDO - ANOS :

CASOS DE L.E.R. NA AGÊNCIA : não ☐ sim ☐ quantos :

Há suspeitas de L.E.R., mas que não foram ao médico: não ☐ sim ☐

quantos :

PARTICIPARIA DE UM TRABALHO COLETIVO PARA DESCOBRIR NOVOS CASOS E EVITAR A DOENÇA: não ☐ sim ☐

DIAGNÓSTICO MÉDICO DO TIPO DA L.E.R : _____

PARTE LADO AFETADO:

Coluna ☐ D ☐ E ☐

Pescoço ☐ D ☐ E ☐

Ombro ☐ D ☐ E ☐

Braço ☐ D ☐ E ☐

Cotovelo ☐ D ☐ E ☐

Antebraço ☐ D ☐ E ☐

Punho ☐ D ☐ E ☐

Mão ☐ D ☐ E ☐

Dedos ☐ D ☐ E ☐

PRIMEIROS SINTOMAS : mês : ano:

DIAGNÓSTICO MÉDICO : mês : ano:

EXAMES COMPLEMENTARES FEITOS (F) E RESULTADOS POSITIVOS (+)
OU (-)

EXAME	F	R
Ultra-sonografia	☐	☐
RX	☐	☐
Eletromiografia	☐	☐
Tomografia	☐	☐
Ressonância Magnética	☐	☐
Sangue	☐	☐
Outros	☐	☐

MEDICAMENTOS QUE USOU OU VEM USANDO: _____

FISIOTERAPIA QUE FEZ OU VEM FAZENDO: _____

TRATAMENTOS ALTERNATIVOS OU NÃO CONVENCIONAIS QUE FEZ OU VEM FAZENDO (acupuntura, fitoterapia, “passes”, etc.)

CIRURGIA: indicada e realizada ☐

indicada e não realizada ☐

PSICOTERAPIA: indicada e realizada ☐

indicada e não realizada ☐

AINDA ESTÁ EM TRATAMENTO : não ☐ sim ☐ sente-se:

pior ☐ no mesmo ☐ com alguma melhora ☐ sem sintoma ☐

TEVE ALTA DO INSS há meses, mas continua em tratamento

médico. Sente-se: pior ☐ no mesmo ☐ com alguma melhora ☐

bem melhor ☐ sem sintoma ☐

TEVE ALTA DO SEU PRÓPRIO MÉDICO: não ☐ sim ☐ há

meses. Sente-se: pior ☐ sem melhora ☐ com alguma melhora ☐

sem sintomas ☐ curado ☐

FOI AFASTADO(A) APÓS EMISSÃO DA COMUNICAÇÃO DE ACIDENTE DE TRABALHO (CAT): não ☐ sim ☐ nº de dias

FOI AFASTADO PELO INSS APÓS EMISSÃO DA CAT: não ☐ sim ☐

nº de dias :

AINDA ESTÁ AFASTADO PELO INSS: não ☐ sim ☐ nº de dias:

FOI EMITIDA MAIS DE UMA CAT POR QUE A DOENÇA RETORNOU: não

sim ☐ nº de vezes:

TOTAL DE DIAS DE AFASTAMENTO NO CURSO DA DOENÇA :

dias

RECEBEU AUXÍLIO DOENÇA DO INSS: não ☐ sim ☐

nº de dias

FEZ OU FAZ REABILITAÇÃO PROFISSIONAL DETERMINADA PELO INSS (CRP):

não ☐ sim ☐

RECEBE AUXÍLIO DO INSS POR INCAPACIDADE PARCIAL:

não ☐ sim ☐ de : 30% ☐ 40% ☐ 60% ☐

JAMAIS FOI AFASTADO PELO INSS: ☐

VOLTOU A TRABALHAR : não ☐ sim ☐ na mesma função ☐

em outra função ☐ com atividade diminuída ☐

DEPOIS DE TER L.E.R. FOI TRANSFERIDO (A) DO LOCAL OU AGÊNCIA ONDE

TRABALHAVA: não ☐ sim ☐ Essa mudança foi para melhor:

não ☐ sim ☐

SUA ASCENSÃO DE CARREIRA NO BANCO FOI PREJUDICADA PELA L.E.R.:

sim ☐ não ☐ Tem medo que isso venha a acontecer:

sim ☐ não ☐

ASSINALE OS SINTOMAS PRESENTES:

	sim	não
Dor de cabeça freqüente	☐	☐
Falta de apetite	☐	☐
Dorme mal	☐	☐
Assusta-se com facilidade	☐	☐
Tremores na mão	☐	☐
Sente-se nervoso (a), tenso (a) ou preocupado (a)	☐	☐
Má digestão	☐	☐
Dificuldade de pensar com clareza	☐	☐
Tem-se sentido triste ultimamente	☐	☐
Chora mais do que costumava	☐	☐
Realiza suas atividades diárias sem satisfação	☐	☐
Tem dificuldades para tomar decisões	☐	☐
Seu trabalho no emprego lhe causa sofrimento	☐	☐
Acredita poder desempenhar um papel útil na vida	☐	☐
Perdeu o interesse nas coisas	☐	☐
Sente-se uma pessoa inútil	☐	☐
Tem idéias de acabar com a vida	☐	☐
Sente-se cansado(a) o tempo todo	☐	☐
Cansa-se com facilidade	☐	☐
Tem sensações desagradáveis no estômago	☐	☐
Quase todos esses sintomas passou a sentir após ter L.E.R.	☐	☐

REGISTRE OUTROS DADOS OU OBSERVAÇÕES QUE QUISER

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins, text, or other markings on the paper.

II. Íntegra dos Depoimentos

1

Quando cheguei no posto onde trabalhava com o diagnóstico do médico, me transferiram para a agência. Em parte foi bom, em parte ruim.

Parte boa pelo médico: fui afastada do caixa.

Parte ruim: me senti discriminada, porque onde eu trabalhava, posto Brastemp, tinha serviço para ser feito da retaguarda.

Na agência fui trabalhar na recepção; bom porque não forçava as mãos.

No meu caso eu não admitia que tinha o problema. Eu negava o tempo todo. Dizia para mim mesma que a dor no braço era porque tinha dormido com o corpo em cima da mão, etc. ficava dando desculpas para não ir até o médico.

Só que aí chegou uma hora que foi insuportável aguentar a dor.

Na minha agência tem gente trabalhando com dor. e não tem coragem de ir ao médico.

Não me lembro agora o nome de todos os remédios que tomei.

Não sei se tem a ver mas tive muita queda de cabelo, acho que em função dos remédios, talvez, não sei, nervoso, stress, etc.

No momento estou melhor. Sem medicamentos a dor volta e vai. Se esfria é um horror. Qualquer dúvida se quiser me ligar, estou a disposição.

Queria agradecer a AFUBESP e a DSO, que no meu caso, me atenderam prontamente.

Eu só tenho elogios a DSO, nada a reclamar. Nota 10 para a DSO, o Dr..... foi excelente comigo. Parabéns a DSO, e parabéns também a AFUBESP por essa iniciativa. É importante que tenhamos contato com pessoas passando por isso.

Gente, obrigada!!

Obs.: um dos problemas que enfrentamos é o pessoal da agência achar que estamos tentando enganar, estamos mentindo. Não tem nada de psicológico. É dor mesmo, no duro! Só quem sente, sabe.

2

Sinto dores freqüentes que me deixam ansiosa, irritada e só nesta situação sinto cansaço.

Tremores nas mãos não sinto, porém não tenho muito controle dos movimentos executados com as mesmas. Nem firmeza e as vezes falta-me força para suportar peso, o menor que seja.

3

Apesar de ter me afastado da função que me ocasionou a bursite ainda hoje tenho seqüelas do esforço que era feito na época. Durante a execução do trabalho não há exigências de esforço mais do que necessário, mas quando se fica com o braço muito tempo com o braço ou o ombro numa mesma posição ele fica formigando ou como que adormecida ainda hoje.

4

Trabalhei de 01.0371 até hoje, dia 25.11.93, quando me afastei pelo problema de LER.

Tenho desvio da coluna lombar, dorsal e cervical desde 72 até a presente data do afastamento pela LER. Sofri durante este período duas grandes cirurgias as quais foram extraído o útero, ovário e trompa esquerda, com diagnóstico de fibroma no útero e na trompa e ovário.

Consegui superar tudo isto sem me afastar do trabalho, fiz estas cirurgias no meu período de férias, mais os 15 dias que a empresa paga. Tudo isso fiz para não sofrer humilhação do INSS.

Sempre cuidei continuamente de minha saúde, continuamente conciliando deveres de casa, supermercado, trabalho diversos como estudo no campo religioso. consegui superar todas estas dificuldades encontradas a respeito das doenças que surgiram. Mas a maldita LER está conseguindo me vencer.

Uma observação: antes de trabalhar no Banespa, trabalhei de trabalho telefonista no Banco Mercantil de São Paulo há 4 anos na Embratel e na Embratel também 4 anos. Só um detalhe, os aparelhos que eu trabalhava eram manuais, não computadorizados.

5

Dormência quase constante no braço direito. Dores fortíssimas se efetuar qualquer trabalho doméstico.

Se eventualmente a gente se sente bem e efetua normalmente qualquer coisa como refogar um arroz, na mesma noite as dores reaparecem. Torcicolo constante.

Inchaço constante no pulso e braço direito.

6

Faz 1 ano e 7 meses que estou afastada, embora tivesse grande melhora, mas ainda não consigo fazer quase nada em casa, nem dirigir, não posso viajar e tudo piora o meu estado.

Hoje estou me sentindo melhor, porque estou vendo que não estou sozinha.

Mesmo assim estou confiante de que ainda posso fazer algum tratamento e que eu possa voltar a fazer tudo o que eu fazia antes.

7

Sinto muitas dores pés, tornozelos, pernas e coxas. Muitas vezes tenho dificuldade em caminhar.

8

Hoje sinto dores nas costas, mãos, braços, pulsos e ante-braços. Procurei o fisioterapeuta que me atendeu na época da licença e ele disse que o fato de eu estar grávida de 5 meses estaria colaborando para eu ter uma recaída em termos de quadro (LER) tenho medo de sair de licença novamente, pois a experiência anterior do afastamento trouxe-me aborrecimentos e discriminação. Agora, na atual condição, de gestante, temo por carga dupla de aborrecimentos.

Sinto-me produtiva, responsável e capaz de exercer qualquer outras funções.

Quando fui reintegrada na agência, saí do caixa e fui para a retaguarda do caixa. Executava, arquivos de talonário e cartão personalizado e 24 horas, bem como o arquivo, em ordem de carta, de requisições de cheques. Também era uma função repetitiva e imprópria. Saí de lá, pois o chefe dizia que o serviço realizado por mim era perfeitamente descartável e sem importância alguma. colocou-me à disposição para a agência onde fiquei 3 dias para saber onde trabalharia (qual setor). Denunciei ao DSO essas e outras coisas e nada aconteceu.

Tenho esperança, ainda, de que essa realidade mude.

No INSS os médicos peritos humilham os lesionados e dão sermão atrás de sermão. (É muito chato!)

Uma supervisora da agência 0060 ao me ver saindo de licença de LER, disse: “LER” não é caso para DSO e sim para AUDIT.

9

Acho difícil que quando retornar ao trabalho, continue sendo vista como a mesma profissional. Mesmo porque não serei a mesma, apesar de acreditar que eu possa recuperar-me e até surpreender, pois tenho muita fé que esta situação vai passar. Não quero ser vista como portadora de LER para sempre, e tenho medo de que precise esconder a doença para ser aceita novamente como a boa funcionária que tenho certeza- ter sido. Por isso, junto todas as minhas energias positivas para garantir a CURA, com todas as letras.

Não acredito que eu precise de terapia, tenho a consciência tranqüila e o único pedido que tenho a fazer é a compreensão dos colegas, que é primordial para que os bons resultados apareçam. Como disse no início, talvez não seja vista como a mesma profissional, mas que pelo menos para mim eu continue sendo capaz de superar estas crises.

10

O medo de fazer parte de um grupo de discriminados que além de sofrer de muitas dores é obrigado a escutar das pessoas que está “enrolando”, “gostando de ficara à toa”, “funcionário público é assim mesmo só vem ao Banco pra pegar o holerite e o vale-refeição”.

Bem, meus sintomas estão se tornando cada vez mais claros e devo procurar um médico ainda esta semana.

Estou no caixa há 3 meses e as condições em que trabalho são muito arcaicas.

Ter que empurrar a cadeira para trás para abrir a gaveta, `cada cliente, força muito o ombro, as costas. Muitos carimbos forçam o pulso. A gaveta de documento fica do lado esquerdo e se coloca os docs de mau jeito e principalmente a máquina digitadora do caixa é muito alta e você não tem apoio no braço, a cadeira é horrível (não se fica numa posição adequada) e mais...

11

Sinto muita dificuldade nos transportes (ônibus/metrô) por ter que segurar por muito tempo, os braços doem demais, apesar da LER ter sido diagnosticada somente

no braço direito eu também sinto dores no esquerdo (com mesma intensidade pois sou destra).

12

Atualmente quase não sinto mais dor, mas tenho medo de retornar os antigos hábitos, pois só em pensar naquela dor novamente, paro tudo. Coisas como escrever longas cartas, dirigir bastante, fazer tricô, não faço pois tenho medo de começar a sentir tudo novamente.

13

Sintomas presentes:

- ansiedade
- dores
- formigamento na mão
- inchaço

Não se pode pensar em inutilidade a doença não causa problemas na cabeça, nem de raciocínio.

14

A sensação que tenho é a de que sou um “abacaxi” nas mãos dos administradores. Meus 16 anos de experiência nada valem se não posso passar o dia digitando ou datilografando. Quando estabeleço meus limites isso é recebido como uma simples recusa. Alguns colegas, inconscientes, acreditam (alguns declaram) que finjo-me de doente para não trabalhar. Em minha agência os casos (2) são raros, o que faz do “lesado” um “ser estranho”.

Ao lado da prevenção, deve haver uma política de readaptação dos já atingidos.

15

Gostava tanto do meu serviço (nem eu sabia disso) que ao me afastar do mesmo, de meus colegas que considerava “uma família” e de meus clientes, deixei lá metade de mim, literalmente falando.

Estou afastada há uns 17 meses, mas ao ver a indiferença e até a desconfiança existente, pergunto-me se vale a pena me entrosar novamente e tentar me readaptar. A perda não é só física.

16

Apesar de somente agora estar começando o tratamento, é muito preocupante a situação de um portador da LER hoje na empresa. Não pedi afastamento para não me sentir inválida, para estar presente ao dia-a-dia da empresa para ser produtiva, mas não sei até que momento esta situação permanecerá pois há discriminação, falta de respeito e coleguismo na unidade de trabalho. O caso é visto como “frescura de mulher”. A dor com certeza está aumentando e tomando o braço no total e não há regime de serviços a serem executados. Não portei LER por questões emocionais (como tantos dizem com sarcasmo), mas a pressão “agora” é outra e daí sim o surgimento, afloramento de problemas psíquicos podem surgir. Tantos anos de grande dedicação não podem acabar assim!

17

Logo no começo do tratamento de LER quando fui afastada, tive que fazer diversos exames médicos para o clínico geral pois me sentia tremendamente estressada. além dos problemas de saúde, das dores crônicas, as pressões no ambiente de trabalho estavam me levando ao desespero. Os supervisores e colegas dizem que isso (LER), não é físico, é psicológico e que é fingimento, não importa quantos raios X sejam mostrados, ou quantos laudos médicos sejam feitos endereçados à chefia. Além do que como adulta e independente, ter que depender sempre do auxílio das mãos de outras pessoas, mesmo familiares, é muito difícil e desgastante.

18

Sinto que o meu lado emocional, ficou muito abalado com a doença. Sempre fui muito ativa, sinto vergonha de aparecer no Banco, fico preocupada com o que os meus colegas estão pensando sobre mim.

O meu lado psicológico ficou bem abalado, com essas questões, a terapia tem me ajudado, mas ainda tenho esses sintomas de culpa, muita também tenho muita vontade de sarar.

19

O grande problema que se enfrenta quando se tem uma doença como LER é a falta de compreensão das pessoas ou da maneira delas, no sentido de acharem que é frescura, invenção ou desculpa para não trabalhar por nossa parte. Ouvi várias vezes as pessoas perguntando para mim nome do médico para eles pegarem licença. Outros chamarem-me de louca que é uma doença “psicológica”, e o grande problema que se enfrenta também no INSS com o pouco caso dos médicos.

Atualmente estou em um setor que as pessoas entendem o problema, são pessoas de mente aberta, por isso sinto-me uma felizarda, mas trabalhei também em locais totalmente opostos, em que julgavam que eu estava encostando o corpo.

20

Após a doença quase não consigo escrever, sinto-me muito tensa, alguns dias muito agitada, tenho vontade de trabalhar e não tenho coragem de fazer nada. Sinto-me rejeitada por alguns dos colegas de trabalho.

21

Estou desde 01.09.93 procurando um tratamento que alivie as dores, mas até agora o que pelo menos dando um sinal mais positivo é a acupuntura, não posso dizer ao certo se vai dar resultado pois fiz apenas 7 aplicações.

Mas deixo aqui documentado o meu desespero em busca de minha cura e pedindo que se souberem alguma outra alternativa melhor que pelo amor de Deus me comuniquem.

O que eu perdi psicologicamente durante esse 1 ano de afastamento, jamais vou recuperar.

Obrigada pela oportunidade.

22

A maior dificuldade é a perspectiva de vir a tornar um inútil para realizações que causem grandes satisfações, como ser pai e dar aos filhos todas as condições de uma vida saudável, financeiramente, psicologicamente e principalmente ser um orgulho para os filhos, sem doenças com LER, que por não aparentar os sintomas é terrível psicologicamente.

23

Tem dias em que me sinto bem, mas outros em que me sinto muito mau, com vontade de sumir, é terrível!

-como ainda estou trabalhando (não estou afastada), gostaria que houvesse mais encontros, comunicações como estas que está acontecendo hoje, pois, não conheço quase nada da doença, e como conversando vejo que há várias coisas que estou fazendo errado, talvez poderá prejudicar e até aumentar o grau da doença. (Falta orientação em geral para nós lesionados e outros chefes e colegas não lesionados).

24

Acho na minha opinião que tem que ser mais esclarecidas as pessoas que também não possuem a doença, pois a discriminação é total e sinto até hoje após a minha reabilitação.

Quando você é capaz de desempenhar sua função em qualquer setor do Banco você é considerado um bom funcionário, mas quando você tem limites você é marginalizado em qualquer setor, não só pela administração, mas também pelos seus próprios colegas de trabalho que não acreditam que a LER existe.

25

Queria que as pessoas dessem mais valor para as pessoas que tem LER.

Não é porque existe uma doença que essas pessoas deixam de ser humanas e ser tratados com respeito.

26

Gostaria que nos fosse sugerido alguma atividade que pudesse ser feita. No meu caso, estou afastada, porém não posso fazer nada além de caminhar ou ler. Gostaria de aproveitar este tempo que me está sendo disponível para fazer algum curso, porém todos ou na maioria todos, são necessárias as mãos. Seria interessante que a AFUBESP tivesse algumas sugestões, no entanto, no momento me sinto impotente para dar alguma. Não consigo imaginar o que fazer. Gostaria da vossa ajuda. Obrigada!

27

Gostaria de registrar que além de todas as dificuldades que tive/tenho com a doença o que mais ficou marcado foi o descaso dos administradores e alguns colegas.

Gostaria muito que houvesse maior esclarecimento com a administração para que isso fosse evitado.

Estou em reabilitação no INSS de São Bernardo do Campo e fui informada que irei receber um auxílio doença de 40%(do salário do INSS) mas que nunca mais poderei trabalhar no caixa. Achei um tanto radical dizer que nunca, será que eu não

posso melhorar/curar? já na agência administrativa recebi telefonema da assistente social só INSS confirmando meu novo cargo e informou a ela o exposto acima. uma supervisora direta disse-me que eu tenho que informar ao INSS que não vou perder a comissão de caixa, porque então receber os 40% de auxílio? Além de tudo somos invejados!

28

Estou de alta 1,5 anos e me sinto readaptada e capaz de fazer o que faço no Banco. Já que esta não é a única atividade que faço e das atividades que exercia antes da LER restam poucas que ainda posso exercer...que posso falar sobre isso?! Não me ocorre nada, é um fato com o qual tenho que viver e o tenho feito do melhor modo. Acho que estou fazendo isso de modo a manter o meu gosto pelas coisas e pela vida.

Acho importante evitar que a doença se espalhe, mas também percebo que há a necessidade de uma mudança estrutural para tanto. Espero que o que se faz agora seja o início disto.

29

Acho que melhorei, principalmente na minha noção do que seja LER. Passei muitos anos sem me tratar, com os sintomas e não fui procurar ajuda e mesmo quando procurava, não encontrei médicos conscientes do problema da LER. Hoje convivo com a doença, sinto dores nos ombros e nos braços, sei de pessoas em piores estados que eu, mas procuro sempre continuar o tratamento e saber entender a LER.

30

Existe pressão por parte do INSS para procurar um cirurgião. Acho que querem justificar o afastamento, mesmo tendo exames positivos.

Por mais que eu pense em relação a volta ao trabalho, não consigo ver uma função compatível com o portador de LER.

31

No momento estou em estágio pelo CRP, a 20 dias retornei ao trabalho.

Na primeira semana me senti muito deprimida e sobre pressão no Banco.

Mas felizmente mudei de chefe e estou me readaptando.

Eu era caixa, e agora estou na central de atendimento telefônico, estou sentindo certa dificuldade pois as vezes me sinto inútil no setor, mas ao mesmo tempo é bom que o serviço seja mais leve para que o impacto da volta seja menor.

Estou muito emotiva, e espero superar esta fase de adaptação.

No geral fui bem recebida, sempre existem comentários, mas tenho relevado. espero que tenha alta e possa vir a ser a funcionária produtiva e útil que sempre fui.

32

A necessidade de maior orientação sobre a doença, pois para o próprio diagnóstico, não se sabe qual o profissional a se procurar: ortopedista, fisiatra, reumatologista.

Daí decorre saber tratamento melhor. Tudo isso gera insegurança, qual a perspectiva de fazer uma carreira no Banco, se se é lesionado, ser inútil dentro da empresa.

Necessidades dos administradores serem esclarecidos quanto a LER

Necessidade de uma discussão geral quanto ao período de adaptação.

Qual a possibilidade efetiva de cura da doença?

33

Fiz tratamento por dois anos somente do ombro direito, pois o esquerdo nada tinha então.

Hoje, também já foi diagnosticado tenossinovite no ombro esquerdo, por ultrassonografia, com muita dor no local.

34

Algumas questões da página anterior carecem de um maior detalhamento. Quando adquiri a doença, meu estado psicológico era um - quando me afastei procurei refazer uma série de conceitos e quando retornei ao trabalho - adquiri uma outra visão de encarar as tarefas e o meu papel enquanto funcionária.

Luto sempre contra minha necessidade de perfeccionismo e procuro não ser tão ansiosa o quanto era antes. Mas isso, reconheço, tem a ver com traços de personalidade e que faz o ser humano adoecer.

35

No próximo encontro espero que já tenhamos uma respostas às nossas dúvidas.

36

Alguns sintomas já sentia antes de ser diagnosticada a LER, mas pioraram após o diagnóstico .

Necessitamos nos unir mais para nos sentirmos mais fortes nesta luta.

37

Existe na minha agência , um grupo de saúde que tem tentado esclarecer tanto os escriturários, como os administradores, em relação à importância da prevenção da doença. Temos encontrado muita dificuldade em colocar em prática a nossa intenção, seja por ignorância das pessoas como também, o “bloqueio” da chefia.

É necessário um trabalho bem amplo de esclarecimento da importância da participação de todos, mesmo daqueles que se julgam imunes à doença. Quando, no fundo, são futuros portadores de LER em potencial.

38

No momento estou passando por um período de mudanças na vida pessoal, então reflete na vida profissional, o que não prejudicou ainda no meu desempenho, visto que estou em um Pab com bem menos problema e volume de serviço.

Procuro me informar sobre tudo, e a LER, embora não tenha, penso que conhecendo, poderei prevenir, pois é algo sério que devemos tratar com muita atenção

pois todos nós estamos sujeitos a ter e uma vez que isso aconteça não temos como reverter, pois pelo pouco que sei não há cura e agrava-se com o passar dos anos.

39

Sou supervisora, responsável, direta e indiretamente por todos os caixas da agência Guarulhos e, junto com a administração da unidade tenho a preocupação de cuidar e prevenir os portadores de lesões. Temos encontrado grandes dificuldades em auxiliar nossos colegas junto aos Órgãos Públicos e também com relação a atendimentos de nossos credenciados com relação a datas e horários de consultas, documentos para encaminhar a departamentos, etc. Sei que temos colegas que tem lesões e não procuram orientação médica por causa destes transtornos. Gostaria de poder levar orientações e auxílio para todos.

40

Gostaria que a reunião (pelo menos uma) fosse feita na agência com todos, inclusive os afastados para que todos tomassem consciência. Só lendo panfletos e jornais, as pessoas não tomam tanto conhecimento, (o meu caso).

41

- Gostaria que houvesse auxílio empregada para nós.
- Que o interior receba mais informações.

42

O questionário deveria contemplar outros tipos de doenças: esquizofrenia, paranóia, depressão, alcoolismo, gástricos, cardíacos, emocionais. E não apenas LER.

43

Tendo em vista tantos casos de LER. Tem que ser dada a devida atenção a todos. Mas deve ser feita alguma coisa para que não apareçam mais casos. Tratamento preventivo e deve ser bem discutido no ambiente de trabalho de cada um.

44

Sugiro a criação de uma associação (que inicialmente, poderia ser afeta a AFUBESP), composta por portadores de LER, a fim de trocarem informações e formalizarem propostas, bem como cobrarem a realização destas junto ao BANESPA.

45

Soluções para os nossos problemas.

46

Gostaria que houvesse mais iniciativas, como teve a AFUBESP ao promover este "Encontro de banespianos sobre a LER" uma vez que até agora tive que arcar com todas as consequências sozinha sem ajuda ou orientação do Banespa ou do INSS, e enfrentando preconceito e atitudes pouco compreensivas por parte de colegas e sobretudo dos gerentes.

47

Para entrar no Banco prestamos um concurso, esperamos um bom tempo para a admissão e quando assinamos o contrato estamos em perfeita saúde, porque passamos por avaliação médica do Banco. Ninguém nos informa que estamos

caminhando para uma função de risco. Portanto acho que o Banco tem por obrigação dar todo tipo de assistência. Não existe ninguém no Banco para nos orientar, acompanhar nosso tratamento, encaminhar e indicar especialistas e tratamentos corretos, deixa agente se virar sozinho, passar por todos os tratamento errados, sem sequer tomar conhecimento. O banco precisa nos fornecer pessoas especializadas na doença para nos orientar. O mínimo que exijo do Banco é que me respeite como ser humano e que assuma que minha invalidez é de responsabilidade da empresa, portanto que me proporcione ao menos condições de ter um bom tratamento.

48

Me senti útil quando voltei a trabalhar. Me sentia arrasada, depressiva e limitada antes. Agora, com toda a ajuda do terapeuta, acupuntura, hidroginástica e natação me sinto espiritualmente em paz comigo. Acho muito ruim a Cabesp não querer me reembolsar os gastos com acupuntura. E eu não recebi nenhum aviso de que não seria ressarcida. Me senti desamparada, como antes; o INSS é desesperador; fui até a Cabesp ver sobre o reembolso e fui tratada como no INSS. Achei terrível, parecia que eu era uma mentirosa, ladra e idiota. Ainda não paguei o total a massagista, ela fez em 3 parcelas para eu pagar. E tenho que procurar outro acupunturista cadastrado, se eu quiser. A hidro e a natação eu sempre paguei pois a Cabesp não reembolsa. Estou chateada, mas vamos ver no que a AFUBESP pode me ajudar. Acho que mereço respeito por parte dos banqueiros, porque ajudo eles a ganharem muito dinheiro. entro no Banco com saúde e saio prejudicada, isso não tem cabimento.

49

Neste quase 9 meses de afastamento das minhas atividades profissionais e , subsequente, tratamento para LER, gostaria de tecer as seguintes observações:

a) existência de muito despreparo da rede médica quanto ao diagnóstico e tratamento da doença.

b) total despreparo e/ou desconhecimento da administração e diretoria do Banco quanto ao tratamento humano a ser dispensado ao funcionário com LER; e

c) o peso emocional e psicológico de ter, de um momento para o outro, totalmente alterada minha rotina de vida.

Tenho conversado com algumas pessoas (médicos, assistentes sociais e fisioterapeutas) e todos são unânimes em dizer que o Banespa deveria fazer algum tipo de convênio com a Faculdade de medicina da USPp afim de , em conjunto, com uma das maiores universidades do Brasil, procurarmos não só a cura dos casos já existentes, mas também a prevenção devida.

50

Coincidência ou não , no dia que emiti a CAT (10.02.93) o Dr.... foi na minha agência (Santana) juntamente com o... fazer uma palestra sobre LER. depois em uma sala reservada, somente com os lesionados eu comentei que estava com LER e mostrei meu laudo médico. O Dr.... disse que meu laudo não dizia nada e que meu médico estava tirando o dele da reta. e quem podia provar que eu tinha pegado a doença lavando ou passando roupa. Isto está registrado no DSO pois fui direto para lá, fiquei desorientada. Agora me diga se dá para acreditar em alguém.

Obs: 14 anos de caixa.

51

Meus sintomas apareceram pela primeira vez a mais ou menos 8 anos, mudei de função por não ser uma doença reconhecida na época, perdi a gratificação de digitação. A LER não é reconhecida e aceita pela nossa administração e colegas de função.

Somos motivos de piadas e chacotas. apesar de ser lesionada, sei que produzo mais que muitos colegas, sem o devido reconhecimento.

Por ser portadora de LER , meus afazeres domésticos são bem limitados. Razão pela qual acho que deveríamos receber do Banco auxílio “babá” ou “creche”.

52

Gostaria apenas que fosse realizado com os administradores um treinamento ou trabalho de conscientização de LER.

Pois muitos ainda não sabem o que é a LER.

53

Estou recebendo do INSS o auxílio doença acidentário. Gostaria de ressaltar que o último exame periódico realizado pelo Banco foi em 1991. Outro fator importante é que quando senti os primeiros sintomas procurei a gerência administrativa e solicitei por várias vezes a redução do serviço ou mudança do mobiliário (fazia serviço de extra - caixa) e a resposta obtida foi que caixa trabalhava em guiche, solicitei ajuda da Cipa, DSO e o resultado foi a transferência do setor e consequentemente a comprovação da LER e finalmente o afastamento.

Necessitei mudar o endereço de toda minha correspondência em virtude de minha correspondência ter sido rasgada e jogada fora, isso declarado pelo administrador do meu setor a mim diretamente.

Gostaria de sugerir que fossem realizados exames periódicos pelos médicos da Cabesp os quais se interessem por esse problema.

Outra sugestão seria o pagamento do auxílio empregada uma vez que não podemos mais realizar afazeres domésticos.

54

Discriminação por parte de colegas da agência em geral. Falta de credibilidade por parte dos colegas e supervisores e gerentes.

Informações não satisfatórias (sobre o tratamento, documentação, INSS)

55

Sinto-me um pouco preocupada com o meu retorno ao trabalho devido à discriminação que o portador de LER sofre em seu local de trabalho.

56

Baseando-se no meu caso, que praticamente estou curada, pois nunca mais senti qualquer sintoma, acho que a LER sendo tratada imediatamente aos primeiros sintomas, o resultado será de cura total, pois foi o que ocorreu comigo que sentindo os primeiros sintomas e já tendo conhecimento da LER em outras colegas, procurei

imediatamente o médico que constatando a doença procedeu com o tratamento adequado, possibilitando a minha recuperação rapidamente.

Obs.:sofri algumas discriminações durante o período, diversas críticas, mas para mim o que contava era a minha saúde, concluindo “Graças a Deus” acho que estou curada, mas quero continuar na luta pelos outros companheiros.

57

Gostaria de sugerir que o Banco tivesse uma participação mais direta com o INSS, para que o funcionário não fique ou se sinta prejudicado com decisões errôneas de médicos incompetentes do INSS.

Uma melhor conscientização não só a nível de administradores e gerentes a respeito da LER, mas principalmente dos funcionários (escriturários e caixas) a respeito da LER, de como problema afeta a vida do indivíduo.

58

Só quero registrar que como todos ou a maioria dos colegas nesse encontro sou da mesma falta de respeito, indiferença e maus tratos em relação a outros colegas e administradores na agência Santo André.

59

Desânimo geral

Medo de voltar a trabalhar e sentir dores e ser discriminada (como já escutei o gerente falar em reunião que isso é doença de vagabundo).

Dúvidas quanto a reabilitação, pois sendo supervisora a cobrança será maior, até pelo fato de se trabalhar o dia todo, com pressões o tempo inteiro.

Dúvidas quanto ao tratamento, fico muito tempo imobilizada (gesso) e acho que perco a força (músculo) e piora, ao mesmo tempo na hora da dor agente aceita tudo.

60

Precisa uma melhor orientação aos administradores da agência para que ele ajude a pessoa que tem a LER e não que a prejudique, pois a maioria destes administradores não acredita no funcionário que adquire a LER.

61

Desde 78 com muitas dores por atender 3 até 4 telefonemas no setor de over, 5 a 6 horas sem levantar da cadeira até para beber água ou ir ao banheiro e segurando 2 telefones ao mesmo tempo nos ombros. Na ocasião fiz fisioterapia e o ortopedista achou por bem que eu fizesse plástica no seio que diminuiria o problema. fiz a cirurgia e pelo tempo de recuperação da cirurgia (mesmo trabalhando) a dor cessou, mais porque eu saí do setor de over, e não porque a cirurgia adiantou. Com o retorno da correria desvairada e impensada, a dor aumentava cada vez mais e eu não minha total desinformação achava que estava só cansada.

Depois das férias de março que eu acreditava seriam suficientes para eu descansar, retornei ao trabalho numa crise aguda. E ai foi diagnosticado minha LER na cervical.

62

Além da conscientização para a administração para a realocação do funcionário com LER acho que o representante Cabesp, (que é o funcionário que está mais a par dos problema e queixas de saúde dos funcionários de sua agência) deveria ter abertura para poder junto a administração tomar decisões no sentido de ajudar os pacientes que sentem os primeiros sintomas, orientando-os como proceder em relação a assistência médica, comunicação da CAT (quando for o caso) e orientação a respeito dos seus direitos e seguranças.

63

Gostaria que se possível, pessoal da saúde, de vez em quando, aparecesse nas dependências do Banco mas sem aviso. Visita de surpresa mesmo! Que o meu ponto de vista, tornaria mais claro, os depoimentos dos colegas aqui feitos nesse “Encontro de LER”.

Sugestão: manda uma ficha com o questionário individual, envelopado por cada funcionário, referentes alguns sintomas de dores. Porque na agência tem muitos casos, que tem vergonha ou não quer se expor.

64

Estou tendo apoio junto ao meu departamento.

65

O meu caso foi diagnosticado mais ou menos cedo portanto não estou completamente tomada. Na minha volta ao trabalho, procurei me impor conversando muito com a administração da agência, uma vez que eu estava chegando de uma Ceser desativada, e que há 7 anos não trabalhava numa agência. Reclamei e a administração me colocou no atendimento, só que eu me nego a fazer o que me afeta.

66

Tenho 32 anos de contribuição previdenciária e 20 anos de Banespa.

Gostaria de saber no caso de requerer a aposentadoria, como ficaria minha situação reativamente ao Banco, previdência no que toque a complementação salarial.

Faço tal pergunta em virtude de me sentir deslocado, depois de passar o que estou passando, sentindo-me sem condições de trabalho em termos de ambiente.

67

Como eu sou contratada de uma agência, depois que fiquei doente o Banco não me quis mais. Agora estou de novo com o braço ruim, a minha chefe me disse que é psicológico.

68

No local de trabalho após o retorno ao trabalho os meus administradores não me siscriminaram, fui transferido de sessão sem problemas. Seria ideal que os outros administradores não discriminassem os colegas que tiveram ou venham a sofrer de LER.

69

Fui muito pressionada pela ADMINISTRAÇÃO, por falta de funcionários, acúmulo de serviço, sobrecarga de horário, tendo que ficar direto no caixa de 6 a 7 horas, mal tendo tempo de almoçar e ir ao banheiro. tive (inflamação) infecção urinária, dores de cabeça e passei a tomar relaxantes e anti-depressivos.

Agora não tomo mais.

Sinto muitas dores na cervical e faço o tensis para aliviar.

70

Conforme relatório Auditoria feito na agência em AB/94 consta o número de caixas e um atendente de caixa, que fui eu: digitando talões de cheques, cartão, arquivando talões, ticando as realções de todos os cheques e folha de pagamento, contando dinheiro - de maio/94 até junho/94 volante sem lugar para sentar atendendo o cliente de pé, buscando talões, preenchendo depósitos e empurrando a porta de segurança mais de 50 vezes por dia em função de atender o cliente nos terminais de extrato e caixa que ficam na entrada da agência. Antes da porta de segurança.

71

Por ter a função de digitador a longo tempo sem rodizio e com jornadas de trabalho de até 14 horas diárias, horas-extras demasiadas a tempos atrás, não esperava que poderia acontecer a lesão, depois que comecei a sentir a dor foi horrível por não poder ter mais a produtividade de antes, pois ganhava por produtividade. Fui forçar, pois o dinheiro fala mais alto e mais família de 4 dependentes pra sobreviver.

72

Pensando em mim e nos colegas e amigos que tem LER, observei que durante nosso trabalho éramos muito ágeis no serviço. Gostávamos de trabalhar rapidamente. Talvez fruto do ambiente competitivo ou pressão do horário (CESER), ou parte de nossa personalidade, não sei, ou talvez por não medir nossos esforços quando solicitados.

73

Discriminação administrativa.

Cobrança no desempenho das atividades no mesmo nível de funcionários “sadios”.

Limitações na área profissional e particular.

74

Avolta a estar de licença será inevitável pois a administração da agência não se preocupa em manter períodos de pausa, nem com a função exercida pelos lesionados, submetendo-nos a trabalhos que exigem esforços repetitivos.

Tensis: fisioterapia

75

A doença segundo médicos não há cura. Nós portadores de LER queremos mais atenção por parte dos administradores, pois somos tratados como pessoas que tiram proveito dessa situação.

76

Que houvesse palestras para os administradores para prevenir novos casos com os colegas.

77

Eu passei por uma experiência muito horrível, não gostaria que meus colegas passassem por isso.

Estou na reabilitação pelo CRP (o DSO queria me readaptar para um serviço muito repetitivos e desgastante, recusei a fazer estágio e o DSO mandou procurar vaga).

Aí começou o sofrimento dentro do próprio Banco as portas se fecharam, eu senti que tem muitos trabalhos lentos e bons para quem tem LER, mas quando agente fala da doença para o administrador a vaga desaparece.

Isso prejudica muito agente, agente sente humilhada.

“Vocês tem que fazer alguma coisa com urgência porque atrás de mim, vem muita gente procurar estágio no Banco, a DIREP tem que dar uma relação para todos os estagiários, não fiquem constrangidos e humilhados”.

78

Desde 07/89 tenho LER, fui afastada por AUXÍLIO DOENÇA e não por ACIDENTE DE TRABALHO por falta de informação e má orientação, fiquei 8 meses afastada e voltei na mesma função ou melhor Ceser em outra bateria mesmo o atestado tendo o código de tenossinovite voltei a entrar em licença em 07/92 e estou de licença ainda, agora com CAT retroativa à 89.

79

Há anos que trato das minhas dores como se fossem só bursite, ou calcificação nos ombros e problema da coluna (desde 1974). Meu médico, Dr. ..., nunca me alertou sobre LER pois ele não é e nunca foi favorável ao afastamento por LER. Só fazia RX da coluna e ombro desde 1982 que ele é meu ortopedista sem nunca ter diagnosticado meu problema. Só em 1992, quando não pude mais escrever, que através da eletromiografia, foi diagnosticado Síndrome do Túnel do Carpo, que fiz a cirurgia e em seguida todos os exames comprovaram LER, mas o DSO por erro me afastou 6 meses com auxílio doença pelo INSS. Atualmente (há 2 meses) é que o Dr....do DSO verificou que meu caso é gravíssimo e me afastou com a CAT pelo INSS, pela primeira vez.

80

Peço se possível, que os administradores tenham orientações quanto a LER, para que possam estarem preparados a nos receber no local de trabalho.

81

Agora estou normal, mas quando chego na agência, a pressão e certas pessoas me assustam e continuo com medo de voltar e não conseguir fazer nada. Estou querendo a tempos começar a terapia, mas meu astral melhora e desisto.

Acho que deveria ser feito um treinamento com as chefias e esclarecerem a eles a não pressionarem os funcionários.

82

Gostaria de frizar bem o que foi bastante mencionado na abertura do encontro a respeito de uma maior atuação da Cabesp juntamente com o DSO num trabalho não só com os lesionados afastados mas também com os colegas não afastados e administração. eu particularmente tenho muita dificuldade de lidar com discriminação que sinto quando preciso ir à agência onde trabalho.

83

Na época do afastamento recebi solidariedade do gernte geral ...

Na fase de retorno recebi solidariedade do administrador, ...

tive conflitos com colegas (comentários e piadinhas a respeito da doença)

Fui bem aceito no retorno. Trabalho na central de atendimento com mais duas colegas que tem a LER e particularmente acho que trabalhamos eficientemente.

Às vezes até esqueço do problema. Outros quando escrevo muito ou movimento fichas no arquivo, ou abro gavetas várias vezes, a dor volta e incomoda bastante.

O médico que acompanha meu caso é ortopedista e acupunturista, agradeço a ele meu equilíbrio físico e emocional e agradeço também a ajuda espiritual que recebo até hoje através dos passes magnéticos.

Dia 22.08.94 faço 16 anos de Banco. Sempre gostei do meu trabalho, adoro trabalhar com o público. Os 5 meses de afastamento foram horríveis, não desejo para inimigo algum.

Obrigada pelo sigilo.

84

Auxílio empregada doméstica para pessoas com LER, pois não podem fazer trabalhos domésticos.

Convênio do DSO com INSS para não fazermos mais perícias com médicos despreparados em lugares horrorosos.

85

Tenho o prazer de ainda me sentir uma pessoa produtiva. Os sintomas da doença estão sempre presentes. Tive muitas dificuldades ao retornar do CRP para reabilitação na agência que no final foi colocada a disposição para quem quizesse receber a sucata da minha agência. Depois de Discussões com as entidades e entregue a DIRHU um dossiê a meu respeito foi determinada a minha reabilitação em um PAB da minha agência.

Proposta: propor que o Banco estude um plano específico de incentivo de aposentadoria do pessoal de LER com tempo de contribuição à previdência e no mínimo 10 anos no Banco.

86

Já estive afastado duas vezes. No início do retorno (adaptação) funciona bem. Depois de um determinado período retorna todas aquelas que te levam ao afastamento, devido principalmente a falta (carência de funcionários) fica difícil, pois estamos presentes e não vamos jogar a carga em cima de nossos colegas dessa maneira nos esforçando mais do que a nossa capacidade física suportaria.

87

A minha preocupação com relação as consequências da LER, vai no sentido de que a volta para o trabalho se dá de maneira inadequada. Tanto administradores, quanto os escriturários, com raras exceções, não entendem ou não acreditam na intensidade da dor e na preocupação que temos com as limitações adquiridas.

Não existe sequer uma tentativa de aproveitamento do nosso potencial produtivo na área intelectual, de criação, de produção teórica, etc. Normalmente, aos piores serviços, (aqueles que eles acreditam que não nos incomodarão fisicamente) é que somos encaminhados.

O CRP por sua vez tem um papel meramente figurativo (no meu caso, até hoje não se fez presente no meu estágio) e não ajuda muito na readaptação.

88

Quero que nos oriente em relação ao INSS, quando da segunda vezq entramos em licença e o mesmo não reconhece como acidente de trabalho, entramos em licença saúde, e nos prejudicamos junto a aposentadoria, licença prêmio, etc...

O que devemos fazer?

Voltar ao trabalho sem condições de saúde, assim como eu?

Mesmo estando limitada, no meu setor de trabalho, faço tudo o que um escriturário que não tem LER faria, ou até mais, porque não quero causar a impressão de que não estou colaborando porque assim vão me mandar para outro lugar ou departamento, e quem sabe, até colocar-me a disposição?

89

Difícil realocação no serviço bancário por: discriminação, administradores mal preparados, inexistência de serviço que não utilize as mãos no serviço bancário, pressão, cobrança, falta de critério na escolha de serviço por parte da administração.

Incoerência e descaso por parte dos peritos do INSS que nem sequer examinam os exames e levam em consideração os fatos realtados, além da falta de educação e profissionalismo. Ex: deraam alta sem ao menos verificar os exames realizados.

Por experiência acredito que a pessoa com LER obtem melhora quando além do trabalho médico, esta pessoa retorna ao trabalho (obs.: desde que tenha condições no local de trabalho).

90

Após o retorno ao trabalho é quase impossível de continuar fazendo algum tratamento, pois além das atribuições do Banco sou dona de casa, mãe e esposa, tendo que dar conta de tudo. Para se fazer uma fisioterapia tem que ir ao local, nesta grande cidade com o trânsito infernal perde-se muito tempo, o Banco poderia nos dar

oportunidade de tratamento reduzindo a jornada de trabalho para que o lesado pudesse continuar a se tratar, pois com o corre-corre acaba ficando stressado, piorando o quadro de LER.

91

Após ter sido afastado em 12/93 percebi que houve um agravamento do quadro, passando a lesão, inicialmente do ombro, para ante-braço, cotovelo e punho, e atualmente encontra-se calcificação na quinta e sexta vértebra da coluna cervical, causando dormência total na mão e dedos. Há fatores de completa desconcentração do pensamento, não permitindo que eu consiga desenvolver com eficiência um desempenho escolar, não sendo possível um desempenho satisfatório o que me deixa ainda mais irritado e tenso pois não consigo corresponder a esta necessidade que eu considero fundamental.

Há também a completa incapacidade do braço esquerdo o que prejudica em tudo.

92

Fui submetida a uma cirurgia para parar de vez e isso não aconteceu. Isso me deprime um pouco e sinto-me bem desanimada. medicamentos via oral não suporto mais tomar, pois meu estômago não aceita mais tanto anti-inflamatório e analgésico, sinto muita dor de estômago. Nunca tive doença alguma. Gostaria de voltar a ser como antes, cheia de vida e muita alegria.

Mas como conseguir? Estou tentando mas está difícil!

93

Tenho dores na coluna e punhos há muitos anos, sempre diagnosticado como artrose apenas e prescrito relaxantes musculares e fisioterapia para as crises. Só há 1 ano que se cogitou a possibilidade de exame para um diagnóstico mais preciso.

Estamos reivindicando auxílio empregada doméstica para as portadoras de LER.

94

Tive durante 3 anos dores terríveis e o médico que eu comparecia, dizia que eu tinha um cisto no punho, durante dois anos seguidos me fez infiltrações, no terceiro ano indicou uma cirurgia para retirar o cisto, feito a cirurgia ele constatou que não havia cisto e fechou a cirurgia. As dores aumentaram, fiquei com a mão direita imobilizada. Indicado pelo DSO, um outro médico de SP, depois de muitos exames fez uma cirurgia exploratória onde diagnosticou os meus problemas de LER. Também indicado por diretor do Banco e gerencia, me indicaram uma médica que me receitou tomar remédios que me deu dependência e muitas reações psicológicas e orgânicas para com os remédios. Me senti meio cobaia.

Voltarei nos próximos dias ao segundo médico que me fez a segunda cirurgia.

95

1) com relação a nós mesmos (acho que o questionário anterior respondeu tudo)

2) com relação ao médico é muito bom ter um profissional competente (como é o nosso caso em Sorocaba)

3) com relação ao INSS, a impressão que se tem é que os peritos não conhecem a doença. Não sabem que em 30 dias não estaremos curados, pois quase todos eles nos pedem para voltar nesse período, o que é muito penoso.

4) com relação à CABESP não tenho nenhuma reclamação no momento.

5) com relação ao Banco (AFUBESP), acho louvável este encontro que se não servir para nada ao menos desbafamos e conhecemos outros colegas em situação idêntica.

6) com relação à administração, é simplesmente lamentável um administrador não conhecer a LER dentro do Banespa. Pelo menos eu prefiro crer que é por IGNORÂNCIA (desconhecimento sobre o assunto) que eles tem tomado certas atitudes.

7) com relação à você que organizou esse questionário, obrigada por ouvir os lesados, a impressão que temos é que isso já não acontecia mais.

96

Orientação médica adequada quando do diagnóstico.

97

Quando comecei a ter sintomas de LER tive vários dos sintomas indicados na página anterior. Me vi emocionalmente muito abalada. O tratamento recebido dos médicos, do INSS contribuíram para isso (incluo aqui os dois afastamentos que enfrentei). Quando voltei a trabalhar depois do 2o. afastamento (de apenas 15 dias) para a mesma função e sem nenhum apoio do médico que me atendeu, fui encaminhada pelo DSO para tratamento psicológico.

Atualmente me encontro bem melhor, com mais força para enfrentar a doença e apesar de estar afastada há 10 meses (o que obviamente é muito desagradável) estou emocionalmente equilibrada, com o apoio do meu médico, compreensão maior por parte da administração do departamento e procurando me tratar para ficar o melhor possível e poder ter uma atividade o mais possível próxima do que já tive, podendo me desenvolver profissionalmente e pessoalmente.

98

Maus tratos na agência do INSS.

99

Maior atenção do pessoal da assistência do INSS, principalmente da equipe médica.

Conscientização do pessoal administrativo do Banco e mesmo outros funcionários.

Oportunidade para ser reaproveitada em alguma função na qual possa ser produtiva.

Descobrir ou encontrar algum tratamento menos demorado e mais eficaz.

100

1) Quando dei entrada na CAT no INSS, apesar de portar o diagnóstico médico da CABESP, da Coordenadoria de Acidente do Trabalho do PST (SUS) e a ultrasonografia positiva para a LER, a Perícia não reconheceu o AT até que eu entrasse com recurso.

2) Gostaria que o tratamento da LER pela acupuntura fosse mais divulgado (a CBESP no último encontro de representantes informou que o cadastramento de médicos acupunturistas está sendo feito para os adoecidos de LER).

101

Gostaria de registrar que sou canhota, porém nesses 6 anos em que trabalhei no caixa sempre digitei com a mão direita e a doença surgiu nesse lado direito. Sempre quis retornar ao trabalho, porém ao ser encaminhada para o CRP, tive que aguardar por 6 meses por uma vaga para a primeira entrevista. Se o Banco pudesse interferir nesses assuntos ajudaria muito, ou mesmo apressaria a solução dos casos e todo o trabalho que temos junto a esse órgão.

102

Antes, mas principalmente após o Encontro em curso ficou claro que o administrador é peça de fundamental importância no combate ao surgimento de novos casos de LER, bem como na rápida readaptação do funcionário afastado. Na verdade, ele pode ser um elemento tipo catalisador que tanto pode favorecer o processo numa ou noutra direção. Quanto antes o Banco atuar com informações e treinamento, após a conscientização desse elemento, mais proveito tiraremos todos dessa guerra que exige apenas criatividade para ser vencida.

103

Quando começaram os sintomas da tenossinovite, eu estava lotada na Agência 389-Afonso Bovero/SP, a primeira CI para emissão da CAT foi em 20/05/93, para regularização da minha situação junto ao Banco; mas o gerente da minha agência na época achou que não precisava; eu fui afastada do caixa para a Central de Atendimento; foi bom para mim, mas eu não sabia que era necessário a CAT, quando em novembro de 93, a meu pedido fui transferida para ag.0074 Bragança Pta./SP. Chegando em Bragança como fui transferida como caixa, fui novamente para o caixa, a mão doeu muito, tive uma conversa com o gerente geral da agência. Ele, na época, ficou chateado porque não sabia que iria receber uma funcionária com LER, foi muito difícil para mim. Depois as coisas se ajustaram, ele achou melhor me transferir para a compensação de cheques, ficou um pouco difícil para mim, forçava muito a minha mão, somando cheques, carimbando, digitando devolução. As dores aumentavam, sendo preciso o afastamento.

1ª CAT em Bragança: obs.: sem afastamento (Dez/93)

2ª CAT em Bragança 11/01/94 com afastamento

104

Data do primeiro atendimento médico detectando LER : 28/06/93. Não queria me afastar, preferi fazer tratamento em trabalho (fisioterapia); como não melhorava me afastei com a 2ª CAT 03/02/94

105

Sinto-me discriminada pelos colegas da agência, principalmente pela gerência que fez até reunião geral logo após o meu afastamento alertando que esta doença não existe, que é coisa da cabeça.

Nas poucas vezes que lá compareço poucos colegas me cumprimentam e agência gerência nem me olha ou sequer perguntaram até hoje se estou melhor. Numa das reuniões a qual fui convidada a comparecer por causa da mudança da lei de aposentadoria, foi dito que os funcionários que foram afastados não estão fazendo falta, o que me magoou muito, pois sempre me esforcei ao máximo no desempenho de minhas funções sendo que nos últimos tempos em atividade estava eu trabalhando 10 ou até 12 horas por dia.

106

Não tive oportunidade de participar do Encontro sobre LER pois estava em recuperação da cirurgia feita para tentar resolver meu caso; mas fico contente de saber que poderei estar sempre informada do assunto através de vocês.

Nossa agência tem muitos casos e cada caso tem sua história e sintomas diferentes.

No meu caso, depois de dois anos de constatada a doença, resolvi optar pela cirurgia, diferente de algumas que já vi de outros colegas e por enquanto (faz hoje um mês) obtive sucesso. No começo, quando do 1º afastamento, a maior dificuldade foi o apoio da administração, pois a doença era pouco conhecida. Cheguei até a ter muitos dos sintomas que constam na última página do questionário. mas a psicoterapia me ajudou a ver de outra maneira e melhorei muito.

Tento conversar com todos os colegas que tem LER e com aqueles que suspeitam de tê-la e sinto que quase todos pensam da mesma maneira e não se tratam de medo de implicação no dia-a-dia, da dificuldade diante o INSS e de terem mudança de função. Esses preconceitos faz com que procurem ajuda somente quando a doença chegou a um estado insuportável de dor e as vezes os resultados são piores. Muitos não se interessam em saber da doença até que algum amigo mais próximo venha ter.

Acho que uma campanha muito forte no sentido de aceitar algumas dicas de prevenção à todos os funcionários, principalmente os que trabalham na área de digitação, caixa e movimentos repetitivos ajudaria a prevenir, pois quebram alguns preconceitos.

05/09/94

107

Obs.: Esta doença ora estaciona, ora se manifesta; esporadicamente dá formigões e sente-se como anestesiado.

108

A alta no médico e no INSS, foi pedida por mim, uma vez que houve estabilidade nas dores e a certeza da limitação das atividades e o cuidado constante para sempre. Estou fazendo uma tentativa de retorno.

109

Estou atualmente trabalhando, mas sinto ainda muitas dores nas costas, pescoço e braços - dormência e inchaço. Passei dois meses bem e voltei a ter sintomas.

Tenho que fazer caminhadas e hidroginástica.

Só tomo medicamento agora se as dores ficam insuportáveis.

Tenho que voltar ao médico para fazer uma reavaliação do meu problema.

Fiz cirurgia delicada, mas somente do lado esquerdo, mas estou sentindo que agora que voltei a trabalhar e executar todas as tarefas, piorei.

110

- As dores musculares depende da mudança da temperatura

- Ar condicionado do Banco, prejudica por estar sempre frio a mais que o normal

As cadeiras são impróprias para a postura

Sempre temos que estar cauteloso

Acho que o funcionário que tem LER , sempre é visto pelos colegas e algumas chefias como acomodados

Difícilmente somos entendidos, causas:

Falta ao serviço para ir ao médico mais que o normal

Licença

Produtividade Limitada

Tudo isso é encarado pela maioria dos companheiros como comodismo.

111

No meu caso particular procurei ajuda médica logo no início da doença e por isso estou sem sintomas.

Excepcionalmente, ontem, dia 09/09/94, fiquei no caixa, pelo menos uma hora e meia sozinha, por motivo de doença de colega e posterior chegada de outra, o que resultou no final do dia que senti dores no local em que a doença tinha se manifestado (punho esquerdo).

Sinto-me muito bem hoje, dia 10/09/94, sem dores na região (sinto o ombro direito dolorido, não sei se é por mau jeito ou se é reflexo de ontem), mas gostaria de receber sugestões de como agir se isso voltar a acontecer, já que sou destra e uso a mão direita só para abrir e fechar a gaveta de documentos autenticados na agência existe a opção de dividir e arquivar no guichê repartições de acordo com o tipo de

documentos (divisões de tributos, fichas de compensação, cheques pagos, depósitos, etc.). Falarei com o gerente sobre isso, não usando mais a gaveta do guichê.

Há dois anos, quando saí do CESER-Sorocaba e fui trabalhar no posto onde hoje me encontro, eu quis dar o máximo de mim, em termos de trabalho. Sentia-me ansiosa para aprender o serviço de caixa e fazer tudo certo, já que o serviço da CESER era totalmente diferente do atual. Essa ansiedade, o nervosismo que sempre acompanha os dias de pagamento e minha inquietude natural talvez tenham contribuído para o aparecimento do problema. Por isso acho importante o tratamento e a prevenção da doença entre os bancários, tanto em termos de esclarecimento, como de exercícios físicos OBRIGATÓRIOS para os funcionários, durante o expediente ou no final do mesmo. principalmente na época atual de nova moeda e política econômica, onde temos que enfrentar o corte de horas-extras, o temido arrocho de salário (espero que só temido e não realizado) e possível quadro de demissões de funcionários, o que aumentará ainda mais a carga de serviços.

Precisamos nos unir e contar uns com os outros para melhorar o ambiente de trabalho causado por esses fatores e nos ajudarmos.

obs.: hoje, 13/09/94, conforme recomendação médica, terei que fazer mais aplicações de laser por causa da dor do dia 09/09/94

Obrigada, 10/09/94

112

- Acredito na necessidade de um programa interno de reabilitação física e psicológica.

- Esclarecimento dos funcionários não doentes sobre a LER (que não é meio de vida).

113

Sinto-me bem, mas com as devidas restrições que eu sei que devo fazer, tanto no trabalho como em casa, mas, tento não ficar “esquentando” muito a cabeça, porque senão fico nervosa e a situação piora muito.

Para melhorar o médico diz ser necessário fazer uma cirurgia no pulso, mas tenho medo de ficar pior, então, por enquanto eu tento me vigiar e não fazer por muito tempo o mesmo trabalho, só assim me sinto melhor, não posso datilografar muito, escrever muito, etc., só de escrever esta meia página meu braço ficou duro e minha mão não obedece, a letra vai mudando de forma se eu não me concentrar.

- Desculpe a demora pela entrega do questionário, mas eu guardei muito bem para minhas crianças não usar em brincadeiras, e depois tive um trabalho “louco” para encontrá-lo.

114

Gostaria de esclarecer o seguinte: há aproximadamente 3 anos venho tendo dores e nesse tempo todo já procurei médicos ortopedistas, fiz várias vezes fisioterapia e tratei com massagens.

Havia sempre uma melhora e logo em seguida uma nova piora.

Em dezembro de 93 foi feito o ultra-som e conseqüente diagnóstico de tendinite, mas não houve um tratamento devido à minha gravidez.

Fui afastada em 04/01/94 e tive alta em 16/02/94 para entrar com licença maternidade.

Fiquei longe do Banco até agosto de 94 quando retornei para a mesma função de caixa, para avaliar como eu me sentia.

Trabalhei 4 semanas e fui novamente afastada a partir de 19/09/94.

Agora estou fazendo fisioterapia e tendo orientação médica a respeito do que posso ou não fazer, visto que houve uma piora do meu estado.

O médico solicitou afastamento de 60 dias.

São Paulo, 21/09/94.

115

(I) Gostaria de citar fatos que chamaram a minha atenção:

a) Quando conheci a 1ª pessoa com LER em 91, a qual submeteu-se desnecessariamente até a cirurgia, senti a discriminação e desconfiança de todos. Até eu fiquei na dúvida.

b) No Encontro promovido pela AFUBESP fui tentar encontrar caminhos para a cura, mas para minha surpresa notei pessoas com problemas diversos, porém todos sem caminhos para a cura e percebi também um ar de desconfiança da própria mesa organizadora.

c) Na agência, após o Encontro, teve uma reunião, onde, a ofensa e a desconfiança de fingimento, também foi a essência da fala (gerente).

(II) A seguir descrevo a minha situação e no final farei indagações para saber se deveria ter outras orientações pela equipe da AFUBESP.

Tenho meu tratamento interrompido mas continuo na esperança de tratamento mais orientado por uma equipe que venha a se formar. No momento procuro um médico.

Sinto-me discriminado, talvez me sentisse pior se o INPS estivesse pagando e registrado em carteira lesões (incapacidade parcial).

Eu sei que adoeci durante as funções de caixa, porém como apareceu após sair do caixa, ou diagnosticado mais tarde, estou sem receber a comissão (apesar de ter trabalhado, mais ou menos, cinco anos e meio como caixa). Caso ocorra vaga para caixa, não vão querer reaproveitar-me.

PERGUNTAS:

a) Deveria lutar pela comissão de caixa (obs.: tiraram-me do caixa por ter constado da lista negra do Banco em nov de 88, fato que só vim a saber em outubro de 93, já regularizado!)

Como saber se o INPS deve me pagar auxílio vitalício?

c) Peço indicação de médico especialista de ombro (conheço um só, porém, está difícil é longe/Sto. André)

SUGESTÃO:

Como só falei do ponto de vista do tratamento, sugiro que em concursos internos, reservem-se número de vagas, à parte, para LER.

Uma vez que trabalhando como escriturário, ou caixa, não tem como não ser prejudicial ao readaptado.

116

O maior problemas dos afastados é o INSS onde somos maltratados, como se tivéssemos pedido para ficar doente.

Acham que não queremos trabalhar porque estamos ganhando na moleza.

Na última perícia minha o médico me virou os braços para todos os lados, apertou, depois nos outros dias tive dores horríveis sem poder levantar da cama. Pior é que agente tem que ficar quieta, sem ter para quem reclamar, acho que devíamos ter mais apoio do Banco para esses casos.

117

Quando esforço demais os movimentos da mão esquerda, a dor no pulso volta e então, é necessário utilizar a imobilização.

118

Há mais ou menos dois meses tive uma péssima experiência de estágio, fui colocada num setor para cobrir férias funcionais e não tinha tempo para fazer exercícios, pois fui orientada pelo médico a fazer intervalos para exercícios de relaxamento, fora que tive que mudar de horário de trabalho, pois a gerência me obrigou a fazer o horário que ele queriam e os chefes cobrando tudo o que eu estivesse fazendo pois para eles eu voltei para trabalhar como um funcionário normal, fora os comentários “se não está bem, porque não continua de licença ?”.

Quanto às possíveis promoções, nas avaliações dos gerentes tenho medo de ser reprovada porque na agência sou taxada de folgada e sem motivação para trabalhar e outros comentários. Só fui ótima funcionária enquanto fazia horas extras e estava pronta para ir para qualquer posto de serviço para cobrir possíveis faltas de funcionários.

No meu estágio fiquei frustrada de não poder desenvolver todas as atividades, pois sei que se eu voltar a fazer todas as atividades a doença volta pior, mas agora o que eu quero é cuidar da minha saúde.

Depois do encontro da AFUBESP, do qual participei, nasceu uma pontinha de esperança, pois podemos ter uma entidade a nosso favor, pois o DSO, às vezes, se torna omissor, pois não sabe que lado atende, se ao nosso ou do Banco.

119

Tive o problema LER no dia 30/12/93 no fim do ano, quando o serviço aumenta e muito. Fui atendida e cheguei a emitir a CAT; porém fui muito mal orientada pelo departamento que disse para eu emitir a CAT e como não fui afastada do Banco foi difícil consertar este problema. Porém foi solucionado. Hoje não me foi autorizada a somente bater à máquina. De resto estou trabalhando normalmente,

porém foi reduzido meu turno no caixa. Só noto que minha letra está prejudicada. No mais é só.

120

O primeiro diagnóstico feito através de um exame de ultra-som apresentou “uma leve tenossinovite dos flexores quirodátilos à direita”. Fiquei apreensiva.

Logo, senti melhor e “esqueci” do diagnóstico. Há um tempo as dores voltaram com mais intensidade. Resisti um pouco para assumir as limitações. passei num fisiátra e ele pediu novos exames. Parece que meu problema se agravou. Não adianta mais eu achar que está tudo bem e que ignorando o problema eu só tenho a agravá-lo. O médico, por vezes, tentou me afastar do trabalho para que eu faça um tratamento adequado. Eu acredito que não terei problemas, porém eu sei que corro o risco de uma piora e sem justificativas, pois a LER ainda é uma doença sem respostas claras.

121

Mudança de temperatura faz com que as dores aumentam ou diminuam: calor - diminui; frio - aumenta;

Estado nervoso faz com que as dores aumentam e muito;

122

Fui Hospitalizada três vezes com diarreia e vômito “devido aos medicamentos”.

Devido a tanto tempo de tratamento e não havendo a cura, tive distúrbios psicológicos “emocionais”. Estou tentando Ocadil.

Meu problema maior e que eu precisaria estar lotada na agência de Presidente Prudente onde me encontro com tratamento , com minha família.

Sofri uma cirurgia bem delicada (hemorróidas), tendo que ficar de repouso, prejudicando assim o tratamento com fisioterapia.

123

Tenho enorme dificuldade em datilografia.

Estou somando, calculando e atendendo telefone e telefonando com a mão esquerda.

Na minha vida particular a maior dificuldade e dirigir (cambiar) e faço pouco, pequenos percursos.

As coisas aumentam muito conforme o estado de nervo/nervoso.

Quando vou preencher um depósito que é carbonado não posso acalcar muito , dói os tendões ou se necessitar de escrever acalcando dói os tendões também.

Tenho feito as fisios alternadas, adequando ao horário de almoço, após as 18:00 hoje, etc.

Atualmente estou com crise, caso as dores se tornem insuportáveis irei afastar novamente.

Vou fazer exame de eletromiografia em breve.

Necessito urgente de mesa anatômica e se possível a presença de um organogrometrísta para averiguar altura de mesa e anatomia para o braço direito principalmente.

124

Acredito ser de grande valor essa iniciativa da AFUBESP.

Sinto muito não ter participado da reunião p.p.; espero que haja outras para poder participar.

Faz-se necessário esclarecer os dirigentes e administradores do Banco que a LER não é brincadeira. Posso garantir com absoluta certeza, que nenhum funcionário pediu para estar com LER .

Parabéns AFUBESP. Muito obrigado, São Paulo 12/09/94.

125

Gostaria de registrar que além dos sintomas enumerados os que eu sentia com muita frequência são :

dor nos dedos muito fortes

dormência no braço direito todo, quando deitava perdia o braço.

obs.: quando iniciei o tratamento da LER (10/05/93) recebi alta em 23/08/93 e dia 08/11/93 sofri um acidente e quebrei o mesmo braço doente. Operei no mesmo braço:

1º cisto ósseo

neurofibroma (6cm x 4cm)

3 vezes onde quebrei para enxerto ósseo retirado do quadril, placas e parafusos.

em 16/09/94 fiz cirurgia retirando placas e parafusos

Estou bem, obrigado, e agora só penso em melhorar rápido para voltar as atividades.

126

Informo que fui bastante disposta ao local do Encontro, acompanhada de minha filha de 2 anos, mas encontrei dificuldade em deixá-la com as garotas que estavam cuidando pois minha filha não se acostumou. Infelizmente tive que retornar e quase nada fiquei sabendo sobre o Encontro.

127

Atualmente não tenho sintomas com os citados na página anterior, embora já tenha tido alguns desses na época em que eu estava afastada. Por exemplo a sensação de inutilidade, insônia, tristeza.

128

Estou me tratando sem afastamento do trabalho (até o momento acho que não preciso sair).

129

Nunca emiti uma CAT, nunca saí de licença por causa da LER e gostaria de ser orientada se devo emitir CAT, porque minha doença é grave, mas está sobre controle. Se no futuro eu tiver problemas mais sérios, piorar e tiver que me afastar, poderei ter problemas? Como devo proceder?

Obrigada

P.S.: Desculpem a demora em responder o questionário, mas eu estava fora e não pude respondê-lo antes.

130

Tenho sentido, ultimamente, câibras na mão direita, principalmente repuxando nervo mediano ao mexer na água fria, impossibilitando-me de lavar as louças, ou para pegar nos objetos pequenos e leves. Parei de fazer fisioterapia, mas afetava tanto o nervo e me senti cada vez pior, cheguei a ponto de não conseguir folhear as páginas, conseqüentemente um “desespero total” pois tenho filhos pequenos, hoje com seis anos de idade (gêmeos).

Depois de abandonar fisioterapia sinto-me melhor, digo, consigo fazer quase todos os movimentos, menos abrir tampas de roscas.

Hoje melhor ainda, mas trabalho no balcão. O uso da caneta, máquina de somar e escrever é menos freqüente.

131

Particularmente, eu acho que nós que realmente somos portadores de LER acabamos não tendo muita credibilidade por parte dos administradores, pois há funcionários que infelizmente se aproveitam da situação e ficam afastados por tempo indeterminado e nesse período ficam fazendo outras atividades que nós sabemos que quem realmente tem esse problema não poderia fazê-lo, prejudicando portanto os que tem o problema e os demais colegas de trabalho.

132

Anexo estou enviando laudo médico.

133

Como não retornei na função de digitador após o período de afastamento, e pude fazer outro tipo de serviço não relacionado à digitação, o meu quadro de recuperação foi positivo.

Porém se hoje voltar a fazer algum tipo de serviço de digitação, sinto que as dores começam a voltar.

Devo registrar que na nova função dentro da agência de Araras não estou fazendo nenhum serviço de digitação.

134

Atualmente sinto o braço muito adormecido, os dedos incham facilmente (mesmo com o uso da luva).

Dor muito forte no pescoço bem próximo do ouvido. Quando ando o balanço dos braços causam muita dor no cotovelo.

Não estou conseguindo levantar nada que necessite ficar com os dedos abertos (ex. um pacote, mesmo que leve, mas que precise ficar com os dedos curvados).

Se tento mexer os dedos sinto como se estivessem levado choque, como um tremor.

Tenho a impressão de que tudo isso não vai passar, mas procuro não lembrar e não vejo a hora de ter alta para voltar ao trabalho, pois mesmo sabendo que deixei passar muito tempo para iniciar o tratamento, foi por falta de informação. Acreditava que a dor tinha que ser muito forte e o meu braço só apresentava cansado e os dedos muito irritados; isso passou quase três anos até que comecei a não ter mais posição para dormir e agora quando dói muito, principalmente no frio, tenho que dormir quase sentada.

Desculpe o atraso. Tinha esquecido o questionário em Americana. Só agora minha irmã o encontrou e me trouxe.

135

Gostaria que mudasse o tipo de cadeira do mobiliário do Banco, que facilitaria uma boa postura, evitando assim dores.

136

Desejo saber do Dr. ...e do Dr.... sobre o tratamento por bloqueio; se devo continuar ou não? Se eles sabem de bons resultados com este tratamento? Para mim que já fiz 3 bloqueios senti melhora da angina e enxaqueca.

A nossa administração quis que fizéssemos o tratamento lá em Campinas. Estavam pagando todas as despesas, só que agora, a partir de outubro, não vão pagar mais.

Estou com uma dúvida muito grande se peço alta do INSS para completar 26 anos e meio. Se possível peço uma orientação até o dia 29 deste mês, pois no dia 30 encerram os pedidos.

Sei que o meu problema se agrava mais, porque não tenho paz em casa, pois o meu marido, além de ser alcoólatra e viciado em drogas, não aceita fazer tratamento nenhum. Nosso casamento já acabou, mas mesmo fazendo terapia ainda não encontrei coragem para me separar.

Fiquei sabendo através de colega do Banco que quem está afastado não mais terá complementação de salário. Quero saber se existe alguma verdade sobre este assunto.

137

Estive presente ao Encontro sobre LER e fiquei bastante animada (e ao mesmo tempo assustada) com o que lá vi. Encontrei-me com colegas da minha agência e fiz novas amizades. umas dessas minhas colegas deixou escapar sobre comentários que ouviu de uma antiga chefe minha sobre a credibilidade do meu diagnóstico, que a minha doença era frescura, mentira, corpo-mole e outros adjetivos "simpáticos". Participando do grupo o que mais ouvimos e discutimos foi exatamente isso: o que fazer para mudar a mentalidade e as atitudes dos não portadores em relação a nós. Cada vez que vou a minha agência sou obrigada a ouvir gracinhas de todo tipo. Antes de engravidar eram essas gracinhas, de um tom. Agora, após três anos de tratamento

(sou portadora de endometriose o que dificulta e as vezes até impossibilita a gravidez), inclusive com cirurgia) consegui engravidar e sou alvo dos comentários mais maldosos como: “é pra trabalhar você não presta, mas para engravidar, hein?). Será que eu mereço? Será que essas pessoas pensam que eu deveria me matar já que não posso desempenhar as minhas funções profissionais normalmente ? Já ouvi tantas vezes que a mentalidade do Banco mudou, que hoje todo mundo é “prafrentex”, não há discriminação de nenhuma forma, e outras opiniões otimistas que caem por terra cada vez que surgem novos casos de LER ou outra dificuldade do funcionário como não poder trabalhar após o horário por estudar ou por ter filhos e uma casa por cuidar. Principalmente essas pessoas solteiras (como essa minha amável chefe) que estando com 20 anos de Banco tem casa arrumada, comida feita pela mãe e não sabe o que é ter a responsabilidade de cuidar da sua própria casa sem ter com quem contar (Devo dizer que não sou nenhuma ignorante que não sabe respeitar a opção de cada um, mas é fato que de todas as pessoas que sofri discriminação no Banco , em todas as ocasiões, ou eram pessoas ditas “solteironas” ou homens casados com mulheres que não trabalhavam fora). Enquanto eu estava saudável e servia para a cada 15 dias entrar às 5:45h da manhã e sair depois das 18:00 hoje todo mundo me cumprimentava; hoje a gerente administrativa da minha agência passa por mim e não me olha na cara.

No domingo, após o Encontro tive contrações e quase perdi o meu bebê devido as dores na coluna e pescoço que tive desde o sábado, pois como não tenho carro tive de ir ate o local do Encontro de ônibus e metrô. A “viagem” foi longa mas valeu a pena. Mantive contato com gente sofrida, humilhada, carente, cheia de dores que largou casa e filhos (e até vieram do interior um dia antes) para tentar achar uma luz no fim do túnel que ninguém avisou que era tão escuro.

Conversando na hora do lanche com esses colegas, todos chegamos a conclusão de que deveriam ser confeccionadas camisetas com ‘slogans’ tipo: “LER, eu sou uma vítima”, ou “LER, eu sou você amanhã”, para que usássemos quando da ida até a agência. Sei que o tom é meio trágico, mas a verdade é que LER, para quem não tem, é como AIDS, só dá nos outros. Fora isso, que fosse feito uma campanha de solidariedade aos portadores e prevenção aos saudáveis, mas tudo isso foi dito no Encontro, não é?

Bem, meu braço já está doendo; eu já escrevi demais.

Peço que este trabalho não seja como outros que começaram e ninguém viu o fim.

Agradeço e peço (ou melhor pedimos): Respeito ao portador de LER.

138

Acredito ser a LER muito ligada as tensões. Note que depois de algo que o deixe muito nervoso, existe piora nos sintomas.

139

O total desconhecimento, tanto de funcionários, quanto administradores (incluo-me no funcionalismo) dos sintomas iniciais da LER provoca o agravamento de casos onde as queixas dos funcionários, por não apresentar inchações, etc., não merecem credibilidade, forçando o funcionário a resignar-se, suportando suas dores, até o inevitável afastamento.

Sugiro vídeos reuniões, folhetos quanto a posicionamento no serviço, inclusive com técnicos devidamente preparados para supervisão do desempenho, uso correto de material, etc., nas agências.

140

Não sei como se sentem as outras pessoas com diagnóstico de LER. Eu estou super motivado de voltar a trabalhar e por enquanto não sinto dor alguma. Eu não coloquei a doença como a coisa mais importante; acho que por isso consegui me recuperar mais rápido.

Acho que se todos não se deixar abater e tentar controlar a doença no início, não tem o que ficar apreensivo.

Grato.

141

1. Apesar das “altas” do INSS e do meu médico, para trabalhar normalmente venho fazendo um tratamento de manutenção com uma sessão a cada 15 dias ou se acontecer algum sintoma.

2. Gostaria de registrar que até hoje não tive nenhum problema com superiores como incompreensão ou “perseguição” por causa da doença, o que já ouvi que aconteceu com outros colegas lesados.

142

Se tomassem providências no sentido do pessoal que não teve nada, mas começa a sentir alguma coisa. Como o apoio para os braços dos caixas que ficam no ar, se tivesse um apoio pelo menos, uns 80% tenho certeza que não teriam problemas.

Faça um suporte de apoio para digitar com o braço apoiado nele e não no ar!

143

A alta que eu tive por parte da minha médica é parcial, ou seja, eu fui remanejada para outro setor, mas continuo sob observação e acompanhamento médico (a cada 3 meses vou ao médico para controle). Como ainda estou sob acompanhamento médico e não tive alta total, estou em um novo setor (já a 10 meses) em situação temporária e onde estou muito bem adaptada e gostaria de ficar por muito tempo ainda. Fui caixa por 8 anos até julho/93 quando saí de licença médica. Quando retornei em novembro/93, fui trabalhar na central de atendimento e atualmente estou trabalhando na sala VIP.

144

Quando sai de licença a um ano, só sentia dores no punho e na mão. Depois de alguns meses comecei a sentir dores piores e em lugares diferentes como: antebraço, cotovelo, ombro, pescoço, costas. Foi quando em março/94 fiz a primeira ultrasonografia do braço inteiro até o ombro e o resultado mostrou que tinha agravado mesmo. Em agosto/94 voltei a repetir a ultra-sonografia dando o mesmo resultado sem apresentar melhoras com relação ao exame de março. Sinto muitas dores, acordo durante a noite com a mão toda adormecida, não posso ficar com os braços para cima, não posso deitar mais sobre o ombro direito. Quero muito voltar ao trabalho, mas tenho medo, porque fico pensando que tipo de serviço vou fazer se não puder mais voltar na minha função normal, fico pensando também com relação aos colegas pois

sempre fui de colaborar com eles, e o pior de tudo é não poder mais datilografar, pois sempre foi esse meu serviço no Banco, mesmo quando não estava trabalhando como operadora de telex. Fiquei nessa função durante 11 anos (3 anos na agência Patriarca e 8 anos na central). Sempre gostei muito de ser operadora de Telex.

145

Comecei a fazer terapia a um ano. Estou me sentindo bem em relação a mim mesma, tomo meus florais.

146

Depois de ouvir palestra sobre LER, passei a perceber a dor em ambos os punhos, procurei trabalho no mês de outubro, após exame médico, o médico pediu para afastar do caixa por um período de 20 dias, sendo que o gerente administrativo na época não deu a mínima ao atestado médico. Após entrar com a CAT no INSS, fui descomissionado do caixa pelo mesmo gerente. Regularizei minha situação, através do DSO na pessoa da Hoje luto para os demais colegas não passem pelo que sofri por culpa de pessoas mal esclarecidas como esse gerente e demais colegas.

147

Com o problema da LER veio o diagnóstico de lúpus eritematoso sistêmico, atualmente sob controle. Minha ansiedade, tensão, problemas digestivos, noites mal dormidas, estão ligados aos dois problemas. Sei que minha doença agrava o problema da LER e que ambos me limitam. Não posso escrever muito, fazer esforços, pegar pesos, pois isso faz com que eu sinta fortes dores na mãos, pulsos e ombros. Tenho dores, dormência e formigamento nas mãos.

Antes de ser afastada pelo INSS, fiquei de licença outras vezes por estar com o braço imobilizado. Quando voltei da licença fiz apenas serviços como conferência de assinaturas, relatórios, arquivo. Depois, por um mês, fiz serviços de datilografia, digitação o que acabou me fazendo voltar a sentir mais dores. Agora estou fazendo arquivo, conferência de cartões magnéticos, visitar cheque de compensação.

148

A maior barreira a ser enfrentada, sem dúvida é a desinformação e ignorância de vários colegas de trabalho sobre a LER, principalmente os administradores. Te olham com um olhar de desconfiança e falam com um tom sarcástico, como nada tivéssemos e que tudo aquilo seria uma encenação. Já os colegas de mesma função, se solidarizam com o problema e percebe-se que a informação é bem melhor, pois é um problema que eles também estariam sujeitos.

Solução: Um programa, que visasse a informação para esses colegas desinformados, afim de que tomem a devida consciência do problema, para que nem as pessoas envolvidas e nem a empresa fiquem prejudicadas.

Obs.: Logo no início de meu afastamento, fui pressionado pelo meu gerente geral da época e por uma gerente, a procurar uma médica de Campinas que supostamente, estaria resolvendo o problema de vários banespianos e se não o fizesse, era sinal de que não queria voltar ao trabalho.

149

Anexo estou enviando documentos referente ao meu afastamento e doença.

150

Torcicolo constantemente.

151

É o tipo de problema que acaba qualquer pessoa, porque “aparentemente” não temos nada, mas basta qualquer tentativa de movimentos para testar se houve melhora, a dor volta.

152

Gostaria que fossem feitas palestras junto aos administradores e funcionários a respeito da LER, para que todos possam recepcionar melhor os que já possuem a LER na readaptação e também para os que não têm o problema, passem a se prevenirem. A orientação é muito importante, pois as pessoas estando cientes das causas procurarão sanar todos os problemas para evitar danos.

153

0 Foram várias as vezes que me afastei por dores nas mãos, não sei ao certo o número de dias.

1 Não sei ao certo quantos dias foram, pois os documentos ficaram com o Banco, porém sei que foram mais de 6 meses.

2 Foi concedido da primeira vez de afastamento 30% de auxílio; da segunda vez me concederam 40% mas ainda não consegui receber e já faz mais de um ano.

3 Por enquanto não tive oportunidades de ascensão em minha carreira e sinceramente acho muito difícil que esta oportunidade apareça.

4 As atividades que consigo realizar sem dores, as faço com muita satisfação, afinal LER não é o fim do mundo para mim. Há muitas coisas que agente pode fazer (sabendo) conhecendo os nossos próprios limites.

5 Adoro trabalhar, principalmente lidar com público e era o que eu estava fazendo antes do último afastamento. Só sofro quando percebo que os meus limites se esgotaram, e então as dores começam.

154

Elogio o trabalho que a AFUBESP vem realizando em prol dos adoecidos da LER, acho muito importante o seu acompanhamento porque são mais de 1000 pessoas lesionadas em decorrência do trabalho repetitivos, que é o trabalho bancário.

A saúde é fundamental na vida profissional e cotidiana de qualquer pessoa, portanto é um assunto que merece destaque, estudo e discussão.

A recolocação do adoecido de LER é difícil, pois ele sofre discriminação por parte das chefias que acreditam que o lesionado não dará produção e será “dor de cabeça” para eles.

O tratamento bem feito é essencial, as terapias, fisioterapias, avaliação médica, etc. são de vital importância para a recuperação do adoecido.

Quero parabenizá-los pelo trabalho da AFUBESP pela preocupação com a saúde dos bancários.

Saudações.

155

Não respondi à todas as perguntas com clareza, pois faz muito tempo que comecei a sentir sintomas, ia ao médico e era receitado descongestionantes e eu continuava trabalhando, isso a mais ou menos uns 4 anos. Neste período fiquei com o braço imobilizado pelo menos 3 vezes.

O problema agravou-se quando fiquei grávida, o braço começou a doer muito, fiquei com o braço imobilizado por 15 dias e não pude tomar remédios. Resolvi procurar o DSO, fui afastada por acidente de trabalho 28 dias (janeiro/93).

Depois que o bebê nasceu resolvi procurar um especialista de mão; foi quando fiz os exames de eletroneuromiografia.

Este ano fiquei afastada 15 dias, quando me transferiram de setor.

Acho que com acupuntura tive grandes melhoras, e com a mudança de setor melhorou ainda mais.

156

Não pude comparecer ao Encontro porque tenho duas crianças pequenas, um deles ainda bebê.

A síndrome que começou, os sintomas mais dolorosos, quando tinha que operar o telex, no mês de dezembro, (aquela neurose de aplicações) no final da gravidez com o corpo, e principalmente os pulsos, bem inchados.

O que realmente tirou todas as dores foi a fisioterapia; e a não repetição de movimentos contínuos de digitação, ou movimentos de rotação de força (por ex.: carimbar documentos).

157

Com relação a minha não ida ao Encontro sobre LER devo-lhes dizer que; as condições financeiras passaram em primeiro plano. Para ir de ônibus teria que pedir dispensa no dia 19/08. Pra ir de avião não dispunha de condições. O SEEB-SC, para esses casos, cobre apenas as despesas de ônibus e alimentação. Mas se eu viajo (12/doze) horas (a noite toda) que condições eu teria no dia seguinte para estar diante todos vocês? A AFUBESP poderia ter dado maior atenção aos casos de maior distância, acredito que dos 1223 casos de LER no BANESPA, são poucos os de outros Estados e a AFUBESP precisa de nossas declarações, dos nossos depoimentos. Em maio deste ano, quando o Banco convocou todos os portadores de LER que deram o adicional noturno, eu me fiz presente. Fui o único dos 17 que somos em todo o Banco, segundo nosso Corep A...: 15 da grande São Paulo, eu aqui de Florianópolis e mais o nosso colega de Porto Alegre, eu nunca vi preocupação nenhuma da AFUBESP pelos portadores de LER quanto a essa perda em nossos vencimentos. Ninguém nunca mais falou a respeito. Ficou dito apenas que o Banco estudaria as possibilidades de vagas. O INSS, quando da minha perícia, indenizando-me, recomendou-me que deveria procurar o Ministério do Trabalho, caso viesse a ter qualquer perda nos meus vencimentos. Estou aguardando uma melhor maneira de solucionar-mos tudo isso. Eu agradeço a AFUBESP se ela me ajudar.

Obrigado.

158

Eu sinto muito dor nas mãos e nos dedos, nos braços, mesmo sem fazer nenhum esforço profissional.

159

Anexo xerox de trabalho sobre o assunto em tela, admitindo que lhes possa interessar.

Gostaria que me enviassem, se possível, o livro sobre LER, que foi distribuído aos participantes do Encontro sobre a mesma doença.

160

Acredito que fui feliz em diagnosticar a doença logo no início da dor, portanto tive bons resultados com o tratamento. Infelizmente perdi a força na mão e minha mão treme ao escrever. A minha cervical está muito dolorida.

Só não me abati mais, talvez, porque seja uma pessoa expansiva e de força de vontade, assumi que sou “lerda” e acredito que o serviço que desempenho no Banco hoje é tão importante quanto ao que eu desempenhava no caixa.

Fico triste ao ver que os outros colegas, que já tem o sintoma não se preocupam em se inteirar sobre o assunto e nem se cuidar, portanto não tenho vontade de lutar por eles.

Só espero que logo, encontremos um tratamento de cura para esse mal que tanto nos maltrata.

Obrigado pelo apoio, carinho e atenção de vocês.

161

Quando começo a sentir dores procuro os médicos que me indicaram; eu, na medida do possível, procuro marcar uma consulta, na qual eles me receitam algum remédio e que melhora por um período. Quando diagnosticou a LER, o Dr. ..., eu parei o tratamento com ele.

No momentos só faço RPG já a mais de um ano e ainda não recebi alta. Eu acho que quase todos os funcionários têm algum sintoma de LER devido aos móveis e equipamentos inadequados.

162

Não compareci à reunião por estar recém operada da LER.

Tenho muito interesse sobre informações seguras e pesquisas sobre a cura da LER

Gostaria de receber o livrinho que foi distribuído na reunião.

Obs.: não entendo o porque do INSS dar alta para os funcionários com LER (exemplo: um ginecologista), sendo que o médico que nos acompanha desde o início não tem esse direito.

Eles estão dando alta para os funcionários, sem saber se ele está apto para isso, se eles acham que devem dar alta, dão e ponto final. Aqui em Jundiaí aconteceu isso e alegam para minha amiga que tinham que dar uma solução para o problema.

PS: desculpe os erros e letra, pois não ando muito bem com as mãos ultimamente.

RPG: Reeducação postural global.

163

Em julho de 93, devido ao serviço a que fui submetido pela agência Patriarca, ou seja, recolher o movimento de caixa dos postos da Secretaria da Fazenda, Tribunal de Contas e UNESP, onde eu carregava e a pé, uma mala pesada que chegava a pesar uns 25 kg. Neste mês me deu uma hérnia de disco na coluna, onde eu fiquei todo travado. Sendo certo que em 24/08/94 fui submetido a uma intervenção cirúrgica, me encontrando em reabilitação até a presente data. Segundo meu médico o nervo ficou junto com a cicatriz, por isso sinto muitas dores (descoberto por um exame de ressonância magnética). Por duas vezes, meu médico em seu relatório, que somos obrigados a levar ao INSS quando da perícia médica, recomendou aposentadoria. Mas sob alegações de que sou muito novo, não me dão.

Veja: tenho 26 anos de Banco, mais dois anos e meio fora e sou muito novo para aposentar por invalidez. Veja ainda que para completar os 30 anos de serviço, faltam-me apenas 06 meses.

Prezados examinadores, tenho a informar ainda, que além dos males retro citados, sofro ainda de artrose nos polegares das mãos que se estendem até quase a palma das mãos. Problema este que me limita mais os movimentos, até mesmo em comparação com a tenossinovite, uma vez que as dores são muito fortes e insuportáveis.

Não entendo porque não me dão aposentadoria precoce, acredito que não ha serviço no Banco que eu possa fazer.

Vejamos:

Não posso ficar por muito tempo sentado, em pé e até mesmo deitado, em razão da coluna.

Não posso manusear, segurar praticamente nada, em razão da artrose e tenossinovite.

164

O que eu considero mais importante é a orientação quanto a prevenção da doença.

E que a recuperação, ou melhora sensível, é através de tratamentos alternativos.

165

Temo a não ascensão profissional, pois já ouvi de amigos que afastaram e voltaram a trabalhar e encontraram problemas do tipo rejeição, apesar de que não posso provar isso mas um ou outro sempre vem a reclamar dessas coisas.

Apesar de a cirurgia que fiz ter trazido um certo percentual de melhora ela não leva a nada no que tange ao dedão, pois tanto o dedo referido ou melhor direito e esquerdo são os mais afetados e nada foi feito por isso apesar de que os médicos

dizem não existir o que fazer pois quem já fez cirurgia relacionada ao tendão deste dedo só teve piora, no entanto; acho eu então melhor deixar com está.

166

Acho que apesar do Banespa dar apoio e buscar uma solução para o caso, nas agências ainda são muitos os que são indiferentes aos lesados, digo a administração. pois não se toca no assunto de as pessoas com LER ter o merecido, 1º hora trabalhada, 10 minutos de descanso.

Se não fizermos alguma coisa por nós mesmos, quando aposentarmos, seremos meio aposentados e meio inválidos.

Gostei do trabalho que a AFUBESP e o sindicato vem fazendo em cima do problema.

Espero poder comparecer a próxima reunião!

Um grande abraço.

167

Solicitei alta do INSS, para dar entrada a aposentadoria.

168

Os dias de afastamento estão com valor aproximado pois os dados estão sendo usados no processo.

169

Fora esses sintomas, tem inchaço, dor e dor, parece que o ombro está deslocado, tem dias que não consigo escrever, ou como hoje começa a doer e as vezes tenho que parar pois perco a coordenação motora. Os objetos caem com facilidade. Não consigo levar nada nas mãos, pois tudo me parece muito pesado, não consigo levantar o braço. No frio piora. Estou sempre com frio, o braço fica gelado.

Acho que tem que ser feito um trabalho de conscientização junto aos demais funcionários, pois muitos ainda acham que é doença psicológica ou “não dói tanto”, ou tem medo de serem afastados do trabalho, não entendem que não no começo da doença ainda pode haver cura.

170

Eu participei do encontro, mas não preenchi o formulário, pois o mesmo havia acabado.

171

Eu estou me sentindo bem neste momento, o meu braço dói mas eu procuro me esquecer e continuar a minha vida, embora sei que muitos afazeres eu não possa fazer como passar roupa, lavar louça e passar panos e móveis e fazer algum esforço a mais que sinto dor.

Sei que tenho que conviver com isso, não consigo escrever com clareza, pois sinto dor para escrever tanto à maquina como a caneta e tenho minha força da mão muito prejudicada embora eu não acho que seja preciso me afastar do trabalho para fazer os tratamentos em períodos longos como já fiz em 90. Só com os anti-inflamatórios e algumas vezes as fisioterapias eu acho que posso ficar trabalhando ok.

172

Espero que o Banco crie logo métodos de prevenção para evitar a doença, pois na pratica as agências, nada disso acontece.

Espero também que reconheça de alguma forma o esforço de colegas que, como eu, voltaram a trabalhar voluntariamente quando tudo nos incentivava a parar, por exemplo, a parte financeira. Há gastos para quem trabalha, condução, almoço, sendo que os afastados ganham o mesmo. Poderia ser criado um vale-refeição extra ou vale-transporte, por ex. aos que preferiram continuar trabalhando em outra função.

Obrigado pela sua atenção, ao seu dispor.

173

Não compareci ao Encontro sobre LER porque estava com minha mãe hospitalizada. A agência Belo horizonte estava pagando meu tratamento em Campinas (passagem e uma diária no hotel), porém, a partir de agora, setembro, não pagará mais; irei por conta própria. Como faço atendimento gratuito no INSS e no Hospital das Clínicas e como nunca pedi reembolso das despesas de remédios, acho que o Banespa poderia continuar pagando minhas despesas para ir a Campinas (100 reais) pois o bloqueio de dor lá é muito bom e aqui em Belo Horizonte não existe igual. Mesmo o Banespa não pagando, continuarei pois tenho que tentar as novas perspectivas de cura.

Sobre o assunto LER e meu caso pessoal, é muito intenso para ser discutido em papel.

Agradeço a pesquisa e trabalho da AFUBESP. Excelente!

Abraços.

174

Eu sinto uma discriminação muito grande em relação as pessoas que possuem a LER na minha agência. parece que as pessoas (administradores) alguns não acreditam na doença, isso me entristece muito.

- Desde já eu agradeço muito à AFUBESP, pelo empenho em conhecer melhor a doença e procurar prevenções, diagnósticos em tempo para que não tenhamos mais colegas nesta situação tão triste.

(Desculpe pela letra)

175

Os sintomas que assinaliei na página anterior aconteceram numa fase anterior à LER, em que tive dificuldades pessoais e profissionais (dentro do Banco). Fiz tratamento psiquiátrico e psicológico e depois disso (aproximadamente um ano), recuperei meu equilíbrio emocional. Quando descobri realmente a LER, já me encontrava bem psicologicamente.

Não me sinto curada, mas bem melhor. Sinto que movimentos repetitivos realmente fazem voltar a dor. Tive uma filha há 08 meses e percebi que ao cortar legumes, amassar papinha e até dar comida a ela, comecei a sentir dores novamente. São serviços de casa que nunca tive que fazer antes. Já no Banco não estou tendo este tipo de problema hoje.

Arrumei alguém para me ajudar em casa, mas é inevitável eu ter que carregar a criança, dar de mamar no peito ou até dar a comida a ela. Procuro fazer alguns exercícios em casa mesmo para aliviar a dor.

176

Durante todo o tempo que estive de licença, sofrendo humilhações do INSS e mesmo quando reabilitada sem condições de retornar e sem alta médica não foi feita uma perícia de avaliação com profissionais capacitados e da especialização da área a que se refere sendo no entanto a mesma feita por ginecologista. O que nos deixa muito a desejar pela injustiças que por aí ocorrem. Isso é mesmo revoltante!

177

A falta de informações sobre a doença ainda é muito grande, tanto para as pessoas com sintomas, como para a administração. No meu entender, a prevenção ainda é a melhor forma de combater a LER. Isso é uma boa orientação para que se procure assistência médica logo no início dos sintomas, pois quanto mais se demora para procurar um médico, mais demorado é o tratamento e menores as chances de recuperação.

178

Após ter feito RPG piorei muito. Por mais de 08 meses senti muitas dores no corpo, principalmente nas pernas e nos pés, não podendo ficar sentada que logo adormecia os pés e o joelho doía demais, quando descia escadas o joelho esquerdo tremia, quando agachava parecia que as articulações perto das nádegas saíam do eixo, comecei a sentir dores do lado esquerdo do corpo, coisa que não sentia antes do RPG, dores desde o ouvido até o dedinho do pé, a mão esquerda doía dentro e o cotovelo inchou. Tomei vitamina, fiz acupuntura e só depois de muito tempo sem tentar resolver o “problemas” é que fui melhorando. Todos os problemas foram relatados aos médicos que diziam não ter relação com o RPG, somente a Dra. ... concordou que o RPG havia sido colocado de maneira errada e que para voltar ao “normal” levaria algum tempo e que só o RPG bem feito poderia ajudar; novamente iniciei o exercício, só que logo nas primeiras sessões minhas mãos e pés adormeciam. Com medo de começar as dores novamente, desisti.

179

A LER nos deixa de alguma forma discriminado, mas não inúteis. Tento mostrar que, se não sirvo para trabalhar no caixa, posso fazer muitas outras coisas. Aprendi que temos que nos adaptar a outras coisas.

Solicitei de meus supervisores ajuda, no sentido de não piorar minha situação, e obtive isso. Procuro ajudar a todos que me solicitam, tomando cuidado para não forçar a minha mão.

Percebi que quando fico muito tempo escrevendo, datilografando, digitando, acabo ficando com dor no braço, então evito isso. Afinal de contas, se não tomar cuidado, sei que serei prejudicada, não só no Banco, como em minha vida particular.

180

Quando senti os sintomas, procurei o DSO e fui muito bem atendida; logo fui afastada do caixa, mas não adiantou, fui afastada pelo INSS.

Ao retornar mudei de setor. Estou no setor de atendimento ao público, bato no computador pouco, mas quando abuso sofro de dores, mas sei que tenho que me acostumar com a dor.

Faço natação e ginástica que resolvem muito bem a dor. O pessoal do setor já se esqueceu que tive ou que tenho LER e de vez em quando pedem um serviço mais forçado e os lembro do meu problema.

As pessoas são muito esquecidas então só a própria pessoa sabe o que sente.

Obrigada por ter lembrado de mim.

181

Eu, em 1982, na tesouraria da Central, tive uma crise emocional a qual me desequilibrou totalmente. Não conseguia trabalhar, mania de perseguição (a Central toda na minha cabeça) me perseguiu. tomo medicações há 12 anos e, às vezes, nem as medicações resolvem não consigo lidar com a minha casa, meus filhos e o trabalho. Este é o período em que eu preciso ser internada. Quando volto ao normal e tenho que trabalhar sinto vergonha de meus amigos de encarar o Banco. Na época eu até pedi para vir para Santana para ver se eu seguia em frente, com novos amigos, nova agência. Foi melhor; hoje faço psicoterapia individual ou melhor a 12 anos. Tenho um filho com Distrofia Muscular Duchene Progressiva e atualmente a LER..

Pretendo voltar a trabalhar novamente. É o que eu mais quero é não ser mais internada adquirir forças ou espirituais, positivismo e seguir a luta.

Gostaria de ter ido a reunião, mas tive alguns problemas aqui em casa e não foi possível.

Agradeço pelo interesse do Sr. Diretor e de toda sua equipe por nós. Desde 1987 me trato com o Dr. ...e vou levando a minha vida. Talvez não seja nem nessa encarnação que eu vou largar esses medicamentos, mas enfim! A única coisa que almejo agora é voltar a trabalhar sei que terei que me adaptar a um novo serviço, esquecer que fui caixa há tantos anos e conseguirei!!!

182

Fui operada na mão esquerda com Túnel de Guyon há um ano atrás. Afastei-me do caixa mas estou na cobrança somando borderôs.

Agora estou com dores no braço direito; portanto, é difícil adequar um funcionário com problemas em outro setor que não haja esforços repetitivos.

183

Gostaria de saber como fazer para receber o auxílio vitalício acidentário e se devo entrar no “sopão” para me aposentar, de vez que não tenho muita utilidade agora que estou doente e sinto dores quase que direto e só consigo ir ao trabalho 2 ou 3 dias por semana. Gostaria de saber o que fazer. Tenho muitas dúvidas quanto ao meu futuro. Não tenho condições de fazer quase nada em casa e nem no Banco.

“Sopão”: Programa de estímulo à aposentadoria do Banco.

Não fui ao Encontro sobre LER pois estava de cama, com muitas dores e gostaria de ajudar outras pessoas para que não passem o que estou passando e sentindo.

184

Meu peso aumentou muito depois da licença

Mminha capacidade de concentração praticamente acabou

Mminha memória está péssima

Sinto que a médica com a qual me trato não sabe o que fazer comigo.

185

Faz mais de 1º ano que estou afastada. Ainda dói um pouco.

O tempo certo que estou afastada é de 27/02/93 a 1º/12/94.

Obs.: Antes da doença a gente no trabalho era considerada importante, mas depois a gente sente uma certa discriminação dentre as pessoas. Inclusive eu que trabalhei a vida inteira na compensação. É difícil a gente se acostumar em outro tipo de serviço. E no Banco a gente fica que nem peteca, cada dia em um serviço.

186

Apesar de sentir sintomas característicos da LER, não procurei auxílio médico.

Gostaria, na época em que aconteceu o afastamento, de ter gozado minhas férias e, daí, fazer “algum” tratamento para diminuir minhas dores, insuportáveis.

Meu intento não logrou êxito: não pude tirar minhas férias, além do que me foi sugerido “colaborar dobrando minha carga de trabalho, em pleno mês de dezembro!!!”

Estou afastado a mais de um ano e meio, fazendo (?) de efeitos discretos. Não consigo (?) escrever, atender telefone, lavar um carro, fazer um (?), cortar minha barba com aparelho elétrico, escovar meus dentes, etc.

Estou disposto a me submeter a qualquer tratamento, pois creio na minha recuperação.

187

Eu compareci ao Encontro sobre LER, inclusive deixei o meu nome e endereço para receber em casa a pasta completa, pois quando cheguei não tinha mais. Acrescento ainda, que a pasta ainda não chegou em minha residência.

Obrigada.

188

Não compareci ao Encontro sobre LER por motivos de saúde.

Infelizmente a LER para muitos não passa de um sintoma corriqueiro pois a maioria não a conhece e muitos até duvidam dos laudos médicos.

189

Desde o meu afastamento em 03/03/93 não retornei mais ao trabalho.

A minha transferência de agência se deu por encerramento do CESER. A primeira cirurgia se deu em 30/06/93 e tenho outra marcada para dia 21/09/94.

Além da tenossinovite tenho compressão e bursite.

190

Fico triste com a LER pois tudo o que faço uso as mãos. gosto de desenhar, pintura, fazia tricô, crochê, e agora mesmo para escrever a mão cansa, e se abuso fico com dor. Se faço algum serviço em casa, o que é difícil não fazer, o braço pesa e mão fica meio boba. Mas tenho que conviver com isso e aprender a depender dos familiares para as coisas, até mesmo abrir uma garrafa. É duro, pois quando a gente está melhor esquece e, sem querer, faz alguma coisa; então lá vem a dor.

Senti melhora com a RPG, mas não se pode parar. Para vocês saberem, esta semana por duas vezes lavei o quintal e a frente da casa. Fiquei com dores e o braço e a mão ficaram doendo por uns dias. Gostaria de ter mais informações sobre a LER e inclusive algum tipo de alimentação que é mais recomendada. Inclusive não tenho mais confiança nas mãos pois vivo quebrando coisas.

191

Quando em outubro eu me senti mal, começou a minha peregrinação por médicos.

Em novembro consegui um médico que atestou ser tenossinovite. Aí fui afastada com a CAT. Fui encaminhada ao INSS. Marcaram a perícia para 1/12/92, o médico me deu alta. Pedi uma CAT retorno. Novamente fui encaminhada ao INSS. Perícia marcada para 15/01, novamente tive alta. Aí, o que fazer sem ter naquela época com quem conversar? Fui a agência. Informada que eu não voltaria ao caixa, e nem que eu faria trabalhos que me prejudicassem, voltei. Acho que foi melhor pois encontrei o meu médico atual que me dá força enquanto eu preciso e bronca quando eu necessito. Não tenho condições de fazer muita coisa, mas o que eu faço tem que ser feito com certa demora, pois o braço cansa muito.

192

A procura ao médico deve ser imediata. Achando-se com dores ou queixas o funcionário não pode esconder-se, o que retardaria sua ida ao médico e a conseqüente melhora. O tempo é precioso.

Como as pessoas reagem de formas diferentes, sugiro campanhas que enfatizam a ida o mais rápido ao especialista. As campanhas de esclarecimentos estão boas, é hora de enfatizar o fator tempo.

193

Gostaria que a fisioterapeuta com quem tenho feito RPG desde junho/92, seja cadastrada pela CABESP, uma vez que venho tendo dificuldades burocráticas para obter o reembolso (demora no reembolso, solicitação de autorizações constantes), uma vez que este tem sido o único tratamento que vem fazendo com que eu possa levar uma vida quase normal. Muitos colegas com LER hesitam em procurar e/ou continuar com este tipo de tratamento, apesar de indicação médica, pelas dificuldades que a CABESP apresenta (poucos profissionais cadastrados, número restrito de sessões, pedidos constantes de autorizações para continuidade no tratamento). Acho importante ressaltar que o afastamento do trabalho sem um acompanhamento ostensivo, não resolve o problema de LER, principalmente se for por um longo período, como no meu caso. com o tempo perde-se o interesse por tudo, inclusive de se procurar um tratamento adequado, uma vez que isto varia de pessoa para pessoa. No meu caso passei por diversos tratamentos antes de chegar no RPG sem que

houvesse qualquer melhora significativa. Houve época em que tive vontade de desistir de tudo, pensando que não havia mais nada a fazer para diminuir a dor. A indicação para o RPG não veio de nenhum médico (precisei de um para obter autorização para o tratamento), mas de uma assistente social do CRP que também tinha LER e fazia o tratamento. A falta de um diagnóstico e tratamento precisos mais o afastamento prolongado sem uma assistência adequada, na minha opinião, é que agrava o quadro de LER. Pois além das lesões físicas, causa sérios problemas psicológicos para os portadores de LER.

Não estive presente ao Encontro sobre LER, porque estava em viagem de férias (saí em 12/08/94).

194

Após 16 anos digitando, trabalhando em horário noturno e em regime de produtividade e muitas vezes tendo que fazer horas extras, contraí LER (nem podia ser diferente). É aí que se percebe quanto é bom um trabalhador com saúde.

Gostaria de sugerir a AFUBESP a criação de um tratamento padrão, pois na minha opinião a LER não afeta só o estado físico, também o psíquico e o emocional, etc., daí a necessidade de um tratamento envolvendo vários profissionais, o tratamento fisioterápico, além de infundável, apenas ajuda.

Ao voltar a trabalhar (reassunção) encontrei várias dificuldades, obrigada a mudar de função e de horário, o que acarretou a perda do adicional noturno, com o que não concordo, acho que este é um ponto que a AFUBESP deveria discutir junto ao Banco, não só por mim mais por vários companheiros.

Com relação ao futuro dos acometidos por LER, perante o Banco, aos administradores, e até mesmo muitos companheiros, são inúteis ou mentirosos, resultado - daí inúmeras dificuldades para quem teve o azar de contrair LER.

195

A última questão da página anterior não foi respondida por não saber se alguns dos sintomas tem a ver com LER, e também pelo fato de eu estar no 3º mês de gestação.

196

Gostaria de esclarecer que eu estive no encontro, mas passei mal e precisei vir embora.

Tive alta do INSS mas estou sem condições de trabalho, estou com uma ação na justiça, pois o INSS se nega a me dar licença.

Não estou nem escrevendo mais, mal mexo o braço do cotovelo para baixo, gostaria de ajuda, não preventiva, mas de quem já está em um grau avançado da doença, sem perspectiva.

197

O meu tratamento foi prejudicado um pouco pela gravidez.

Pelo fato de ter que carregar o neném, pioraram as dores.

Quanto a (CRP) minha médica, escreveu uma carta ao INSS para me encaminhar para este órgão. O médico do INSS se recusou a receber a carta; fui

maltratada pelo médico, o qual me deu alta, dizendo que não me encaminharia ao CRP, pois ia dar alta a todas as pessoas com LER.

198

Gostaria de expor que quando percebi que as dores que sentia estavam frequentes, procurei logo um médico, começando de imediato o tratamento e procurando fazer um trabalho comigo mesma de conscientização “se eu quisesse melhorar só dependia de mim mesma”. Confesso que nos primeiros dias de afastamento senti-me como uma pessoa inútil ou pior como uma deficiente física. Muitas discriminações passei, como do tipo “tenossinovite não existe isso, é para ficar na moleza”. Doía muito, mas aprendi a superar e acreditar na possibilidade de recuperar algumas coisas que tinha perdido. Segui e sigo as recomendações da minha médica (Dra. ...) ao pé da letra e por mais cansativo que seja o tratamento, sei que amanhã estarei melhor que hoje, como hoje estou melhor que ontem. Atualmente faço RPG e terapia ocupacional, e exerço a função de caixa duas horas por dia com intervalos de 10 minutos por hora, sempre com acompanhamento médico. Quero salientar que meu quadro estacionou porque foi diagnosticado no principio, é daí que deveria se fazer uma prevenção da doença, assim se evitaria muitos casos irreversíveis no Banco, bem como uma exigência maior do Banco com os portadores de LER e aqueles que se dizem portadores da doença.

Quero dizer ainda que em minha agência muitas coisas foram feitas para melhorar as condições de trabalho, ex.: mudanças de guichês, apoio para os pés. Mas ainda faltam cadeiras adequadas para os caixas; já foram pedidas e nunca chegaram.

Por fim, espero ter respondido as perguntas claramente, coloco-me a disposição para qualquer esclarecimentos.

199

No meu entender o grande problema no retorno ao trabalho, e mesmo no período de afastamento, é a discriminação. A questão é muito mais cultural, embora algumas pessoas usem de má fé, pois faz parte da cultura bancária se valorizar quem possa vir a dar mais lucros (sejam clientes ou funcionários) e renegar quem esteja fora das expectativas (metas). enquanto os colegas e, principalmente, os gerentes continuam encarando os funcionários com LER como pessoas que possam apenas fazer serviços “menores” e de pouca rentabilidade, portanto, onerando o DPLG das agências (principalmente os que continuam recebendo gratificações de caixa), esta discriminação continuará. O estágio de readaptação funcional não passa de uma farsa. O erro está em se achar uma função já existente, pois, na verdade, caberia ao Banco promover cursos de treinamento para estas pessoas, para que todos nós possamos continuar produtivos, sendo respeitada a personalidade e as limitações físicas de cada um.

Não é justo com nenhuma das partes envolvidas, sejam gerentes de agência, gerentes administrativos, supervisores, funcionários com LER e, também, aos que não são portadores (pois se sentem constrangidos a vir a assumir os sintomas da doença) a falta de empenho da empresa em encontrar soluções eficazes para o retorno ao trabalho, pois a empresa determina que o DSO faça um acompanhamento, mas quem, na realidade, vai equacionar os interesses das partes será o gerente administrativo.

Eu creio que neste fato está a essência dos problemas de readaptação funcional. Por isso se faz necessário um investimento do Banco no treinamento dos funcionários com LER.

200

Estou afastada há um ano e meio, devo retornar ao trabalho em no máximo 06 meses, em outra função, com capacidade reduzida, recebendo pecúlio do INSS.

Se as pessoas que tem LER são reconhecidamente os melhores funcionários, porque ficamos tanto tempo nas mesmas funções? Porque tendo nível superior, experiência, inteligência, habilidade, eu tenho que voltar para uma função que exige menos de minha capacidade? Porque eu não posso voltar para uma função melhor? Uma função em que minhas qualidades sejam reconhecidas? O meu braço tem LER, mas meu cérebro não. Eu estou em plena idade produtiva, não acho justo esse sistema, não acho certo que pessoas sem o mínimo preparo assumam as rédeas de nossas vidas, tendo visto casos de LER muito mais sérios que o meu, hoje sei até o perfil de quem vai ter LER, como ele trabalha, como ele se porta com relação a vida.

Eu vou ter que trabalhar para abrir portas? Para coordenar filas de caixa? Isso me entristece.

201

O que “nós” lesionados sentimos é que apesar de todo o nosso tratamento ser longo e doloroso, não temos o acompanhamento do DSO, nenhum suporte pela CABESP e DEREPA, a não ser saber se o INSS vai restituir o auxílio doença logo.

Em nossa agência, com 6 casos não houve um levantamento para identificar ou solucionar os problemas, que eu saiba.

Acredito que a CABESP deva orientar mais e dizer quais os tratamentos disponíveis avançados ou não para a pronta recuperação.

O Banco deve preservar seu patrimônio humano investindo em mobiliário, equipamentos e condições ergonômicas corretas, modernizar o sistema.

202

Após o período de afastamento voltei para a mesma agência para desempenhar as mesmas funções.

Fiquei profundamente angustiado, irritado, deprimido, com crise de choro por qualquer motivo; tenho trabalhando com minha psicoterapeuta essas decepções, frustrações.

Sou formado pela UNICAMP (Universidade Estadual de Campinas) em ARTES CÊNICAS, pretendia após este longo período de afastamento ser remanejado para alguma área, dentro do Banco, onde desempenhar funções menos burocráticas e mecânicas.

Ao voltar para o caixa não consegui me desfazer do temor das dores, sinto as vezes o braço ir esquentando, não sei até que ponto é psicológico ou fisiológico. Não sinto dores faz dois meses.

Queria muito fazer uma readaptação fora da agência, mas tenho medo de perder gratificação, ser esquecido em alguma secção. Desde que entrei no BANESPA

(que é meu primeiro emprego) só trabalhei na bateria de caixa e na compensação, portanto me sinto despreparado para outras funções.

É muito triste ver o tempo passar e você sentir que nada mudou, os guichês continuam altos, como as máquinas, as cadeiras são ruins, se trabalha de pé dói as costas, se trabalha sentado força o ombro e dói o braço, ante-braço, punhos e mão, a sensação de que se você morrer, colocam outro em seu lugar e bola pra frente. Nós somos um nº de matrícula desprovido de sentimento, buscando os números para que o BANESPA continue a sobreviver.

É uma pena que os diretores não vejam que embaixo deles existe uma grande maioria de funcionários insatisfeitos, que não rendem metade do que poderiam por estarem totalmente insatisfeitos com as condições de trabalho oferecidas.

Ainda bem que o Plano Real “espantou” a clientela do Banco, pois se as filas voltarem, daqui a pouco não haverá mais caixas para atendê-las.

Chega de reclamar. Atualmente estou trabalhando no caixa das 10:30hs às 16:30hs. Faço psicoterapia (bioenergética) de 3ª e 5ª, ginástica/alongamento de 2ª, 4ª e 6ª e natação de 2ª e 4ª. Quinzenalmente tenho retorno com o acupunturista.

Qualquer dúvida entre em contato.

Fico feliz pelo resultado do primeiro Encontro; de fato, tinha compromissos inadiáveis no dia, espero estar presente no próximo.

Um abraço a todos. Torço pelos resultados positivos.

203

Acho que a pessoa que tem a LER é um pouco rejeitada; acham que isso não passa de um pouco de frescura, ninguém entende o mal estar que isso causa ao nosso organismo. Principalmente uma pessoa como eu que nunca tive problema algum, sempre trabalhei bastante, sempre dei de mim no Banco como em casa. Trabalhei muitas e muitas vezes fora do horário. Quando de repente no final de uma carreira a gente cai num problema de saúde desses, sem poder fazer com que os membros superiores obedeçam tudo o que estava acostumada a fazer com muito amor.

Depois a gente torna-se uma inútil tanto no trabalho como em casa: não posso fazer isso nem aquilo pois os membros não obedecem mais, e o cansaço chega de repente.

Aí as pessoas te olham como se não quisessem nada da vida.

Desculpe, mas é isso que sinto.

204

Quando comecei a sentir os primeiros sintomas, havia um supervisor na agência que fazia ameaças toda vez que alguém reclamava que sentia dores em alguma parte do braço. Isto fez com que os casos de LER se agravassem pois, até aí não era uma coisa muito falada, até o surgimento do primeiro caso de afastamento. No meu caso, quando comecei a sentir dores, procurei um ortopedista que não soube diagnosticar. As dores vinham e iam, como se fosse apenas um “excesso de serviço”. Até quando eu comecei a piorar: já não conseguia segurar a caneta para escrever, não tinha força nem para segurar um prato, aí fui no Dr... que me repetiu os exames (RX,

ultrassom, eletroneuromiografia), nenhum deles acusou a lesão, as cartilagens do punho estavam feridas.

Fui para cirurgia e mais uma surpresa: tive de retirar a ponta do osso que estava esfarelada e também havia um furo no complexo triangular.

Depois de toda a confusão, acabei voltando ao trabalho com uma perda parcial do movimento de prono supinação, o que me incomoda em muitas atividades.

Tentei executar um serviço no setor de “auto atendimento”, mas não obtive apoio por parte da gerência. Pelos colegas eu estava fazendo “corpo mole”. Então desisti dessa atividade e pedi para trabalhar no setor do antigo CESER (processamento, fechamento, retaguarda, não sei bem como chama).

Eu somo a compensação e os títulos, é puxado, sinto dores em dias mais agitados, mais eu estou me sentindo bem, estou me sentindo útil, novamente dentro do meu local de trabalho.

O funcionário portador de LER é mal visto no local de trabalho, nenhum setor quer aproveitá-lo dentro de suas limitações.

Mas eu fiz minhas próprias limitações e estou suprindo as dificuldades que aparecem no dia-a-dia.

Eu espero que vocês consigam ajudar as pessoas com LER, pois sem apoio, nenhum de nós vai conseguir superar as deficiências.

Um abraço.

205

Eu acho que devia haver um acompanhamento mais atuante do DSO nos casos de funcionários portadores de LER que já retornaram ao trabalho, pois muitas vezes a administração das agências não respeitam as limitações que o funcionário tem em desempenhar determinadas funções e forçam-no a fazê-las, prejudicando o funcionário e fazendo com que o mesmo volte a se afastar pelo fato da doença voltar a incomodá-lo e limitando-o até mesmo nas coisas em que já estava apto a fazer.

206

Passei por momentos muito difíceis com a LER além das dores tive depressão, desânimo de saber que não podia ser caixa, uma função que eu adorava e trabalhava com muito prazer e muito mais que meu horário de seis horas, sem descanso até para ir ao banheiro, mais fazia com satisfação; não quis ficar muito tempo de licença pedi para que me liberasse logo, fiquei só dois meses, tentei trabalhar, duas horas por dias no caixa mais não agüentei muito tempo, o médico me deu um atestado dizendo que eu não tinha condições para datilografar, somar, digitar. Aos poucos fui aceitando a situação com a ajuda de uma psicóloga, Dra. ..., de terapia de vidas passadas; consegui, finalmente, aceitar a minha situação. Adoro lidar com o público, sei que sou simpática e com muita paciência mas muitas vezes pensei em desistir do Banco por me sentir inútil, não realizada, por não fazer nada, a não ser dar informações; tive períodos muito difíceis, não tinha vontade nem de levantar da cama, nem de ir para o trabalho; olhava no relógio toda hora para ir embora, mas insisti em não entrar de licença. Hoje sei dos meus limites, em casa não posso lavar roupa, ou seja, esfregar roupa, passar, fazer faxina, coisas que força o braço; no Banco só me puseram uma vez no setor de poupança numa época que abria muitas poupanças, dezembro, e tive

muitas dores, as dores no braço, ombro e muita dor no peito, voltei novamente para informações. Hoje tenho tratamento constante com massagens (toda semana), passes porque sou espírita, e ainda estou na terapia; aceitei a minha posição e parei de querer enxergar o futuro incerto. Sinto que hoje trabalho com mais liberdade, sem pressão de chefe, de colegas, de público, sou mais livre para almoçar, ir ao banheiro, até mesmo de conversar com meus colegas. As dores voltam só quando eu tenho que me esforçar em casa com o serviço doméstico. Não posso dizer que estou feliz, mas bem melhor do que tudo aquilo que passei nos dois meses que fiquei de licença. Acho que a terapia e a massagem ajudam muito; não tomo remédios, só florais e homeopatia, estou cada vez melhor psicologicamente e o braço é só não forçar que dá para conviver. Procuro sempre que tenho oportunidade de conversar com os colegas que tem a LER passar a minha experiência, só que na minha agência não tem vaga para tantos casos, na recepção e assim eles tem que ficar de licença. Eu tive sorte de arranjar um lugarzinho para mim.

207

Os sintomas, mesmo quando em tratamento, às vezes, melhoram e outras pioram bastante. Exemplo: hoje estou conseguindo escrever, talvez, amanhã não consiga ou faça com maior dificuldade. O mesmo acontece com as dores ou com a “força” nas mãos e braços.

Apesar de não ter realizado outros tipos de exames acredito que em muitos casos como o meu, o diagnóstico não seja tão preciso.

Não temos acompanhamento ou orientação alguma por parte do DSO ou mesmo do Banco. Estamos sozinhos mesmo quando trabalhamos dezesseis anos para a empresa e a ajudou e muito a ser o que é. Foram muitas horas extras, muitos dias até sem o intervalo de lanche ou mesmo almoço; e agora somos tratados como se fossemos o pior do funcionalismo.

Ainda tenho capacidade para o trabalho e me sinto revoltada quando tentam me fazer pensar que não. Quero voltar a trabalhar sim e com certeza me aposentar por tempo de serviço e não como uma inválida. Posso não poder usar minhas mãos e braços como fazia anteriormente, mas ainda estou viva e tenho muito o que realizar.

208

Gostaria de dizer que depois que tive a confirmação de ter LER, no mesmo instante senti como se minha vida virasse de cabeça para baixo. De pessoa equilibrada, feliz e ativa passei para alguém que só consegue chorar, e se sentir só, não encontrar sentido na vida, ser completamente inútil, pois nem meu filho posso carregar mais. É desesperador, é doido.

Até mesmo meu casamento sofreu um grande abalo, pois sinto que meu marido se preocupa comigo o tempo todo e é como se eu estivesse inválida e acho que ele me sente assim. Não sinto prazer na vida.

Só sei dizer que esta é a pior fase de minha vida e tenho medo de não sair daqui. Estou fazendo psicoterapia e começo a ver uma luzinha no fim do túnel.

Sinto muita saudade do Banco, dos amigos, do convívio, da carreira, enfim sinto saudade de ser útil para alguma coisa.

Sinto muitas saudades do pessoal da agência, pois poucos me procuram.

Sinto muita insegurança quanto ao meu futuro profissional e dificuldades de me adaptar aos serviços domésticos que antes faziam parte da minha vida como rotina e que hoje tenho dificuldades de executar.

Acho que o Banco deveria fazer exames periódicos com mais atenção para esses problemas.

Sou funcionária do Banespa do concurso de 1985. Trabalhei no DEPRO-NRS Ribeirão Preto três meses; após, assumi até julho de 1991, a digitação. Local de trabalho escolhido por mim, pois já fora digitadora em outras empresas e antes do Banespa era funcionária pública do Tribunal Regional do Trabalho, onde exercia o trabalho de auxiliar de audiência (datilógrafa). Após a LER, muita coisa, ou quase tudo mudou, começando pela caligrafia, que hoje não consigo manter a letra uniforme. Há dois períodos distintos: antes e depois da LER. É como se o tempo parasse, pois no dia de hoje eu continuo sendo “eu era.” “Eu era datilógrafa”, “eu era digitadora”, “eu jogava vôlei”, “eu fazia natação”, “eu tocava teclado”, “eu fazia os serviços de casa”, etc. Tudo no passado. A ação dos medicamentos descompressivos acabaram com a memória, não consigo guardar sequer o número de um telefone. Troquei o cérebro por uma agenda. Não dirijo mais, pois a dor no braço compromete. A tensão, a angústia do nada poder fazer, trouxeram as longas noites de insônia; com ela os tranquilizantes e com eles a ausência da memória. As fisioterapias tomaram lugar do lazer: nada mais de academias, saunas e bate bola no final de semana. Com a perda dos reflexos, vários comprometimentos; instabilidade, irritação, desejo de ficar só, isolamento, medos absurdos, pensamentos estranhos. Perde-se o direito a uma vida normal, quando se sente que no próprio convívio dos colegas, a doença chega primeiro. Para o Banco somos ineficientes para o trabalho diário, mas para nós mesmos, na nossa vida particular tudo faz parte do “eu era”. Cirurgias, anestésias, mais medicamentos, para quando se pensa que tudo pode mudar, somos discriminados por “limitações”. Eu necessito de um tratamento a longo prazo, para isso solicitei transferência para São Paulo, local de maior recurso. fui transferida para o PAB- V.Mariana e depois de estar aqui instalada, no dia de assumir a vaga ouvi que não poderia trabalhar no PAB, local de muito serviço, por causa de minhas “limitações” causadas pela LER. Fui encaminhada ao DSO, para avaliação e aguardar nova locação. Após trinta dias de angustiada espera, uma “cartinha” comunicava que não havia vaga para mim, portadora de LER que sou e com “limitações”. “Você deve retornar a sua agência de origem”. “Sabe como é quando se tem “limitações” fica difícil novas vagas”! Ninguém sequer perguntou quanto gastei para me acomodar, nem se a prioridade da minha transferência, que era o tratamento dos braços, ia ser prejudicado. Eu apenas deveria retornar. Achei então por bem usar minha licença prêmio para cobrir mais um período e procurar recurso. Preciso do tratamento, e quero trabalhar enquanto isso ocorre. Não posso mais ficar freqüentando hospitais e médicos. No desespero escrevi uma carta de próprio punho ao presidente do Banespa Sr. ..., pedindo socorro, solicitando, implorando mesmo, uma ajuda para permanecer aqui. Não gosto do serviço de agência, ultimamente o contato com o público me faz mal. Não consigo trabalhar com a rapidez que precisa. Gosto de trabalhar longe das pessoas que cobram uma presteza que não tenho mais. Me coloquei a disposição para arquivo, biblioteca,

qualquer coisa. Mas não obtive nenhum resultado. Aqui está pois um relato de quase tudo, pois é difícil escrever e manter a caligrafia legível. Preciso, necessito do tratamento e para isso estou disposta a ir até as últimas conseqüências. Até mesmo abandonar tudo.

211

Nos meus 2 anos e 4 meses de afastamento, fiz duas operações com intervalo de 1 ano uma da outra. Depois da 1ª operação (compressão do túnel do carpo), o médico me descartou, dizendo que eu voltaria a trabalhar em duas semanas, mas isso não ocorreu, pois ainda continuava com dores no punho, braços, dedos enrijecidos, “fisgados” e “choques” na mão. continuei tratando, mas sem resultados durante mais de 1 ano, até que, com muita esperança, implorei ao outro médico que me assistia que me operasse novamente.

Depois de muito sofrimento, sem resultado pela 2ª vez, comecei a ter crises de choro frequentes, angústia, tristeza e dores fortes no peito.

Entrei em profunda depressão, até que comecei a me tratar com um psiquiatra e muito medicamentos, que eu uso até hoje. Pedi alta a meu médico, pois aconselho de meus colegas de trabalho, muita sentiria melhor, voltando as minhas atividades. O médico do INSS não quis me mandar ao CRP, concluindo em meu cartão pericial “Alta sem seqüelas”.

212

Eu sofri 3 operações. Sinto muita dor. Respondi este questionário com a mão esquerda, embora eu seja destra, mas eu estou com muita dificuldade de escrever ou fazer qualquer coisa com a mão direita, mas por incrível que pareça eu também estou com a mão esquerda muito inchada, por isso não está muito clara a minha escrita.

Não tive condições físicas para ir ao Encontro sobre LER. Senti muito, pois queria conhecer companheiros que passam pelo mesmo sofrimento que eu passei e passo. As vezes me desespero, pois já fiz de tudo e não vejo melhora, e não consigo uma resposta satisfatória de nenhum profissional que eu já passei, e passei por muitos especialistas.

213

A doença e sua inevitável conseqüência em relação a capacidade de trabalho (produção) precisa ser esclarecida e respeitada pela administração do Banco, sem o que não haverá perspectiva alguma de sequer prevenir a LER.

A má distribuição de trabalho (funções/tarefas) está sempre presente nos setores com casos de LER, além, é claro, da pressão; desorganização, prepotência da administração.

O excesso de trabalho com as horas extra-ordinárias transformadas em horas ordinárias, aumentando conseqüentemente a jornada diária de trabalho, somado à necessidade de rápida execução das tarefas diárias, também têm contribuído com o aparecimento dos casos de LER.

É preciso que se esclareça a todos os afetados pela doença que durante o afastamento e na eventual aposentadoria por invalidez o Banco economiza recursos; pois é o INSS que deve cobrir a maior parte dos benefícios.

Se o número de casos de LER não apenas no BANESPA, mas em geral vêm crescendo, por que o INSS não providencia medidas para cobrar, de maneira efetiva, das empresas envolvidas a prevenção e correta realocação dos lesionados?

214

Estive afastada por esses problemas da LER de 1987/1988. Após este tempo tentei retornar ao serviço, mas infelizmente quase todo o ano de 1989, foi só de licença. Até que em dezembro/89 o INSS aceitou o meu problema como doença profissional. Nesse mesmo ano (mais ou menos em abril de 89), comecei a apresentar problemas psíquicos, que foram diagnosticado como de “Síndrome do pânico”. Faço tratamento de psicoterapia. Às vezes, tenho crises de muita depressão, pois é difícil enfrentar tantas “síndromes” assim, não é?

Aliás, para passar para o papel esses dados é até difícil, pois a “mão” não acompanha mais a velocidade do nosso (meu) pensamento.

Tudo isso dói muito “aqui dentro” mas tomara que coisas boas aconteçam, e providencias sejam tomadas para que outros colegas não venham a passar por isso que eu estou passando há 7 anos.

Um grande abraço a todos vocês, força nessa luta que é nossa.

215

Caso eu compre uma casa em outro bairro distante da agência onde trabalho ou então no interior, será que eu conseguiria uma transferência agora que estou com a LER ? Qual a agência que quer mais um funcionário incapacitado?

Se houver novas promoções, através de concursos, e pessoas com LER forem aprovadas, quando passarem pela fase de entrevistas com psicólogos, seriam barradas? Afinal nós com a LER, podemos a qualquer hora ter nosso quadro agravado e estamos sujeitos a pegarmos novamente licença médica por tempo indeterminado.

216

O que eu achei incrível, foi que depois que o INSS me mandou para o CRP, já cheguei lá para praticamente voltar a trabalhar, pois a psicóloga achou que minha cabeça estava ótima, a terapeuta ocupacional só nos chama para dizer que temos que acostumar com a dor, o médico do CRP nos fala que estamos lá só para ganhar os 40%; então nós acabamos voltando para o trabalho, pois não aguentamos ouvir tanta besteira. No meu caso tenho inchaço no braço todo e está acontecendo de reter líquido no corpo; às vezes, amanheço toda inchada, quando tem muito movimento no Banco e os telefones não param de tocar, não consigo nem me segurar no metrô ou ônibus, pois não as sinto; outro dia eu cheguei a cair do ônibus. Mas apesar de tudo não aguento voltar para o INSS para ser maltratada.

217

O afastamento foi um a decisão difícil devido a situação que se apresentava no Banco. Durante o período que trabalhei no Banco tentei assumir e desempenhar todas as minhas funções da melhor maneira possível. Tenho a consciência tranquila que fui uma empregada a altura do Banco. Porém, ao ser afastada sinto-me desajeitada para entrar no Banco, olhares me fitando e desconfiando da doença (obs: a essa altura minha mão já dói para escrever e a letra começa a piorar), pois não é visível como um gesso na perna ou um hematoma.

Com o médico em Santo André me senti muito insegura em determinado momento do tratamento; procurei novos médicos, não dei atenção a nenhum outro comentário de pessoas que tivessem LER. Acreditei nos meus médicos, fiz o que eles mandaram. Aguentei o mais que pude as dores sem que houvesse uma dependência dos remédios. Preenchi o meu tempo livre com atividades físicas (hidroginástica) e intelectuais (leituras, conhecimento de novos assuntos). Coloquei o meu “astral” lá em cima. Decidi me cuidar, para poder voltar o melhor possível a desempenhar as minhas funções no Banco e espero que lá chegando nem mesmo tocar no assunto sobre LER, porque infelizmente na sociedade que vivemos as pessoas e muito menos os “colegas” de serviço gostam de reforçar seus defeitos e não virtudes.

218

O retorno ao trabalho foi pessoalmente satisfatório, mas sinto-me hoje uma pessoa limitada em minhas atividades, não só no Banco como em casa. Tenho dificuldades para escrever e qualquer esforço maior com as mãos ou braços por períodos prolongados provocam dor. Não consigo realizar tarefas completas no expediente diário. Gosto do serviço no caixa e infelizmente não posso mais executá-lo.

Não existem tarefas nas agências que não se utilizem os terminais e micros para consulta, qualquer cliente no atendimento necessita de informações e na maioria das vezes as consultas são feitas nos terminais. Tenho me esforçado para a adaptação, mas continua difícil, as pessoas não compreendem muito bem o problema, a não ser aquelas que também o possuem.

219

Estou novamente de licença, pois me transferiram para uma secção que me senti na obrigação de executar tarefas que sabia não poder realizar, e informei aos responsáveis, não me obrigaram a fazer.

Mas tentei e não fui capaz:

O resultado foi a piora no quadro, me obrigando a intensificar o tratamento; a recidiva foi pior.

Eu descobri que minha limitação é maior do que eu imaginava.

Mas eu não desisto, tenho fé e pensamento positivo que vou conseguir melhorar.

Obrigado por se preocupar comigo.

220

Gostaria de acrescentar uma coisa que senti na pele e continuo sentindo e acho que todos os colegas que estão ou estiveram afastados devem ter sentido, trata-se da dificuldade que temos quanto ao fator burocrático do problema no que tange a papelada, aos órgãos oficiais que cuidam diretamente, INSS, CESAT, CRP, etc., não há um interesse generalizado em cuidar do paciente, do seu bem estar ou de sua cura, mas sim na parte burocrática e funcional do problema, se este será indenizado ou não, se será recolocado dentro do seu local de trabalho em outra função, etc.

Eu acho que o que realmente falta é uma conscientização exata por parte das empresas (Bancos) do que deveria ser feito a título de profilaxia, para evitar ou tentar diminuir com certeza o número de casos, uma conscientização geral.

Há também o problema da orientação ao funcionário de como proceder desde o momento do seu afastamento, passagem pelos órgãos oficiais, até a sua volta ao Banco e conseqüente readaptação, tudo é muito vago, e a gente se sente muito jogada, perdida mesma.

221

-Alguns médicos recomendam a cirurgia, mas a maioria dos médicos desaconselham

-Fiz psicologia e acho que a auto-análise ajuda.

222

Eu, após ter sido diagnosticada como portadora de LER , eu tive quase todos os sintomas da página oito, mas após passar a receber a Luz Divina (Luz da 7ª dimensão), passei a olhar a LER como um processo de limpeza, ou seja, sob o aspecto espiritual, onde pude entender tudo e suportar as dores e sinto que cada dia que passa sinto melhora e sinto uma força muito grande. Talvez para os médicos convencionais não possa entender o que eu estou dizendo.

É muito importante para que as pessoas portadoras de LER sintam bem no ambiente de trabalho, pois o fator psicológico influi diretamente nas dores; as incompreensões das chefias ou pressões que sentimos no ambiente de trabalho agrava bastante a doença; gostaria que o grupo médico trabalhassem para fazer com que os administradores se tornassem mais compreensíveis conosco.

223

O fato de eu não poder fazer o que eu gosto no meu trabalho (que é digitar e escrever) me deixa triste e me causa até sofrimento.

Não me sinto inútil, porque graças a Deus ainda posso expressar minhas idéias oralmente, posso caminhar, posso ler, etc. o que acontece é que eu estava acostumada a viver para o lado profissional e nisso a doença me prejudicou bastante. Tenho que trabalhar dentro de limites onde o tipo de trabalho não permite.

Eu estive presente ao Encontro, só não permaneci lá porque não havia lugar para abrigar todas as pessoas que ali estavam.

224

Atualmente trabalho num posto de serviço onde exerço a função de caixa vertical, trabalho com débito em conta e ordens de pagamento. No caixa trabalho em média de 1 hora por dia, porém nos outros setores escrevo muito, além de efetuar muita somas e faço algumas fichas datilografadas. Com esses serviços alternados, melhorou muito o meu estado de LER. O médico não me deu uma alta propriamente dita, porém recomendou executar outras funções alternadas. Nos dias em que escrevo muito sinto doer o braço; nesses dias faço pausas de alguns minutos para descansar o braço. Às vezes, nesses dias também dói a mão direita.

Gostaria de registrar que apesar de recebermos recomendações médicas sobre posição e postura no trabalho, nem sempre podemos segui-las, pois os móveis e

máquinas do Banco possuem um padrão único e que nem sempre se torna possível adequar ao porte físico do funcionário. Lemos tanto sobre ergonomia do trabalho nos “jornais” do Banco, porém até agora não vi nada ser mudado para melhorar.

225

O 1º sintoma de LER foi mais ou menos há dez anos. O 1º diagnóstico foi tendinite. Fiquei com o braço direito imobilizado por 10 dias.

Depois da imobilização foram indicadas 20 sessões de fisioterapia.

Os problemas com os trabalhos foram resolvidos com diminuição das atividades (trabalho na compensação de cheques). Aparecem as dores, procuro o médico e sempre é diagnosticado LER. Vem as imobilizações e as licenças. Depois a fisioterapia. Já faz tanto tempo...

226

Recebemos o certificado de capacidade par trabalhar, o mesmo volta a ativa com promessas de uma reabilitação na própria empresa, com a devida orientação de que não devemos recorrer junto a JRPS.

-Eu me pergunto: e o Centro de Reabilitação Profissional, cadê as vistorias e os centros de saúde das regiões, a real assistência à saúde? Quem não viveu o problema ou mesmo tenha tido conhecimento de causa e efeito, direta ou indiretamente, coloca-o como acomodado, desinteressado e outros adjetivos, que acaba gerando de uma forma ou de outra problema de ordem psicológica.

O trabalhador não pode reclamar de dores ou ir ao médico, pois acaba sendo marginalizado, portanto não há intervenção nos ambientes de trabalho com vista a eliminar ou reduzir as agressividades impostas.

227

Falta consciência dos próprios bancários com relação a gravidade da LER, considerando o que ela provoca na vida física e mental das pessoas.

Falta de seriedade do Banco e dos “chefes” (chefias-gerentes) na compreensão, inclusive de vários colegas.

Falta uma ação mais eficaz do sindicato.

Falta uma abordagem mais competente para o tratamento.

Após constatada a LER ,meus 22 anos de dedicação ao Banco simplesmente não existiram.

obs: este folheto não foi preenchido por mim pois não tenho condições de escrever.

228

Gostaria de registrar os efeitos psicológicos negativos que ocorrem durante o acontecimento da doença. A sensação de perda das forças dos braços, os limites que vão se impondo pela dor fazem-nos sentir muito inferiorizados e sensíveis à postura dos outros que parecem não perceber o que se passa conosco. Essa situação exige de nós um movimento interno forte e vigoroso no sentido de não nos entregarmos ao desespero e a baixa de auto-estima. Quando percebi que quase tudo dependia de mim para a mudança da situação interna e externa, comecei a procurar recursos que

acabaram por me ajudar bastante. E é o que passo a sugerir: que sejam criados, organizados e fomentados cursos de auto-conhecimento, com base em filosofia antiga, onde os mestres ensinam artes de controle emocional e harmonização interior. Há técnicas de aplicação na vida diária que levam o indivíduo a se perceber melhor e a aprender a buscar os seus caminhos em tempo hábil.

Às vezes a doença nos pega num momento em que estamos vivendo como um barco ao sabor das ondas, não temos qualquer controle de nossas emoções e sentimentos perdidos diante da nova realidade. Isso só agrava e intensifica a dor.

É importante que as pessoas dêem conta dos primeiros sintomas e já se comecem a tomar providências, porque não é mérito de ninguém ficar suportando, suportando até não aguentar mais. Essa atitude dificulta o trabalho do médico, acarreta mais despesas para a empresa e prejudica muitíssimo o portador do mal. ao imaginar que está “poupando” a empresa e a si mesmo; o funcionário está se deteriorando a cada dia pensando que é um herói.

A acupuntura deveria ser estimulada, pois foi lá que resgatei até a esperança de cura. O acupuntor, Dr. ... é também ortopedista e contrário, evidentemente, a qualquer tipo de droga para o organismo. Tenho recomendado esse tratamento a todos os colegas que manifestam as dores. A acupuntura trata da harmonia do corpo e das energias, e os efeitos em mim têm sido animadores.

Considero muito importante a iniciativa do NUSAT e quero crer que não estou só na superação dos problemas advindos dessa amarga experiência.

Gostaria de solicitar o livro que foi distribuído no encontro sobre LER, ao que agradeço antecipadamente.

229

Gostaria de observar o total desconhecimento do médico DSO juntamente com a analista me colocando praticamente contra a parede para que depois de 2 anos afastado do caixa visto que “segundo eles” estaria sarado, como se eles soubessem o que nós sentimos, como se a LER passasse de uma hora para outra. Eu acho que eu não teria escolha, ou voltasse para o caixa ou perderia a comissão. Preferi perder a comissão e deixei aquele ambiente horrível com muita raiva da raça médica e psicológica do Banco que não entende nada dessa doença que para mim não sarou, tanto é que no terminal eu sinto que ela se apresenta. Imaginem vocês se não voltaria com mais intensidade no caixa. Pois bem me fizeram optar e eu me senti sozinho contra o Banco, é isso aí, o lado mais fraco sempre arrebenta. Mas não há de ser nada, porque o trabalho que vocês estão fazendo já me deixa bastante feliz.

230

Quando foi constatado a 1ª vez que tinha LER fiquei decepcionada, pois gostava (ainda gosto) do que fazia (trabalhar no caixa), mas meu retorno não me causou transtornos, comecei a me acostumar com a idéia de ter algumas limitações. Com o retorno das dores, cheguei a ficar angustiada pois parecia que estava me tornando uma pessoa inútil (não conseguia trabalhar, não conseguia fazer as tarefas de casa e também cuidar das crianças), mas o que me tem incentivado, apesar de já ter feito tanto tratamento, tomar tantos remédios que perdi as contas, foi o fato de meus familiares e amigos me mostrarem um outro lado meu que ainda era bom e que só acreditando nisso eu mesmo poderia superar minhas debilidades.

Hoje acredito que muitos casos de LER não tem sido levados a sério mas como experiências próprias podem levar uma pessoa a uma decepção muito grande e se não tiver apoio seja profissional ou não pode se tornar desastroso.

Ter LER é aceitar limitações manuais e não mentais, precisa-se de uma conscientização que o portador de LER tem outros pontos bons para serem aproveitados.

231

A política de recursos humanos do BANESPA, não tem valorizado muito o funcionalismo. Estou no Banco há seis anos e tenho visto que a ascensão profissional é complicada, pois os concursos estão escassos e os mesmos não medem a capacidade dos indivíduos. Essa situação faz com que o Banco deixe de utilizar muitas pessoas com potencial muito bom

No meu caso em especial me sinto um pouco frustrado, pois executava serviços técnicos de alto nível, participava de grupos de trabalho e muitas outras coisas boas. Hoje, separo alguns relatórios e confiro algumas coisas via terminal. Isto tudo mostra que a LER trouxe uma queda na minha qualidade de serviços.

Este ano fui indicado por um colega para fazer horas-extras na agência CEAGESP mas não fui aceito por estar com LER e ser de departamento. Esta situação me fez ver que a administração do Banco é totalmente despreparada para trabalhar com este assunto (e creio que muitos outros).

Para acabar, gostaria de dizer que sinto muito melhor desde a época em que tudo começou. Tenho excelentes amigos, me sinto muito amado e aceito pela minha família e noiva e tenho muito apoio para continuar a lutar e crescer.

232

Eu assinalei não na pergunta sobre ajudar a descobrir colegas com LER porque eu acho que existe muito pessimismo entre as pessoas que já tem a doença, sempre só falando sobre isso com negatividade, sendo assim, eu prefiro muitas vezes não ter contato com pessoas assim, porque eu normalmente procuro encarar as coisas com mais otimismo e lutar contra a doença, muita quando fico perto de pessoas negativas, acabo me contagiando e não gosto disso.

233

Sinto uma profunda tristeza ao ser tanto discriminada pelos colegas quanto pela administração da agência. Achem que estou “na folga” por estar afastada.

Gostaria que a AFUBESP pudesse incrementar campanhas intensas de prevenção da LER pois fico muito triste em saber que colegas que são candidatos potenciais à doença estão alheios a isso, embora também saiba que o Banco do Estado de São Paulo S.A. pouco ou nada tem feito a respeito, pelo contrário tem se mostrado indiferente.

Coloco-me a disposição de AFUBESP em minha agência para que possa ajudar no que me for possível em campanhas ou qualquer outra atividade.

Informo que também estive presente no Encontro sobre LER, mas por motivo de horário de ônibus cheguei um pouco atrasada e não pude retirar o material que a AFUBESP ficou de mandar e até o momento não recebi.

Gostaria também de saber o que se faz como tratamento em SP e também se o que estou fazendo é correto, pois estou descrente em relação a tratamento. De acordo com o médico que me assiste meus sintomas estão no grau 3.

234

A readaptação deveria ser implementada pelo Banco em conjunto com o INSS. O INSS, através do núcleo de reabilitação deveria fazer um acompanhamento, mas não faz e por sua vez a reabilitação pelo Banco não existe; o que acontece então?

Eu respondo: o funcionário deve “se virar” pois a gerência administrativa pouco ou nada pode fazer, seja por desconhecimento do que fazer ou por má vontade mesmo. Você é quase que jogado de um lado para outro sem saber o que fazer.

Após três anos transcorridos do meu retorno a agência ainda me lembro das humilhações por que passei, bem como das gozações que fui alvo, não desejo esta doença nem para o meu pior inimigo.

A minha revolta ainda é latente apesar de estar bem melhor, mas tenho que continuar fazendo fisioterapia periodicamente.

235

A LER é uma doença que não só prejudica o lado profissional do funcionário, mas também (e de uma forma muito mais considerada) o lado social. Acho que a insegurança que ficamos faz com que o quadro piore ainda mais. O tratamento ajuda parcialmente a doença, pois o menor esforço físico já é suficiente para o quadro piorar. Tomar ônibus ou dirigir muito tempo é impossível.

236

Me sinto razoavelmente bem readaptada, uma vez que saí da função de caixa para assumir um cargo administrativo. No entanto, apresento ainda sintomas, como dores eventuais no braço direito e perda da força muscular. A jornada de 8 ou mais horas diárias ajuda a agravar o quadro.

O que se faz necessário e urgente é questionar a posição dos escriturários e caixas que retornam para suas funções antigas ou mesmo que ficam sem função definida, pois isso agrava o fator psicológico do indivíduo. Ele passa a se sentir inútil.

A batalha anti-LER deve iniciar-se pela prevenção realmente efetiva e prática da doença e pelo combate ao preconceito. Sem essas premissas básicas, fica difícil levar qualquer trabalho a sério adiante.

Parabens pelo gesto de convocar este Encontro, ainda que tardio.

237

Há muitos médicos que não conseguem te dar um tratamento ou diagnóstico que possam te ajudar. Com isso muitos se desanimam de consultar um médico.

238

Me sinto capaz de exercer outra atividade dentro do Banco desde que não piore minha condição. Só que dependo do INSS me chamar para a reabilitação.

Esta demora de nove meses me incomoda.

239

Gostaria que se descobrisse um tratamento eficaz, e não usassem nós como cobaias. Os médicos estão testando os tratamentos, nem eles sabem como tratar a LER.

240

Fui fazer estágio de adaptação na agência. estágio solicitado pelo CRP (INSS) e senti bastante dificuldade e foi acentuada pela discriminação sofrida pelos colegas, com comentários maldosos e com falta de vontade de ensinar as novas funções. Fiz dois estágios de 30 dias e houve uma piora muito grande no meu tratamento. Sugiro que a volta dos portadores de LER seja com mais dignidade e que o Banco não abandone estes funcionários que desejam voltar a ser considerados como banespianos

241

Pode parecer impressão minha, mas o tratamento dos colegas que estão trabalhando muda para com os que estão afastados, algo assim como que a “gente quisesse estou doente para não trabalhar”.

Obviamente não são todos, mas a maioria trata com descaso.

Desculpe a letra mas minha caligrafia ficou péssima depois que tive as dores mais fortes nos braços.

Oura observação: meu problema maior concentra-se na cervical devido a compressão dos tendões.

242

A pessoa portadora de LER é discriminada como se fosse um aidético ou leproso. As pessoas te olham e dizem: você também está “lerda”?, “Como você como supervisora tem isso?”, “Olha, você sabia que o Banco está demitindo quem está afastado ou é portador de LER?”.

Estes comentários infelizes são feitos pelos colegas e superiores hierárquicos.

Me sinto muito triste quando tenho que ir ao meu local de trabalho pelos olhares e comentários infelizes.

243

Depois da minha transferência para N. Odessa, eu melhorei, mas, em junho de 1994, comecei a sentir dores fortes no punho e cotovelo. Uma dor que não sentí antes. Fui ao médico (ortopedista) e ele tirou RX e diagnosticou que seria da coluna, tomei os remédios, injeções e fiz fisioterapia e a dor passou, mas no mês de agosto, ela voltou. Eu acho que esta dor não é proveniente da coluna, eu já tenho há muito tempo e antes de aparecer a LER eu não sentia estes sintomas. Eu não quero voltar neste médico porque ele sabendo que eu tenho LER, não pediu exame específico.

Eu sei que muitos profissionais não tem conhecimento especializado deste problema.

Gostaria se possível, que me indicassem um especialista, em Americana ou Campinas, já que em Nova Odessa não tem.

Gostaria de registrar neste questionário, as divergências existentes entre os próprios médicos quanto ao diagnóstico da LER e o tipo de tratamento mais adequado. Este fato nos leva a insegurança, muitas vezes sem saber a quem socorrer e em quem acreditar. Eu mesma já fiz vários tipos de tratamento, fisioterapia, tomei uma série de medicamentos, passei por várias cirurgias e especialistas em mãos e obtive respostas diferentes em relação ao tipo de tratamento que deveria seguir. Tenho indicações para uma cirurgia que até o momento não fiz por medo e insegurança, pois alguns dos especialistas em que passei não indicam, no momento, o tratamento cirúrgico. Já outros especialistas só acham solução para a LER através de cirurgia, mas sempre frisando que o resultado pode não ser 100% positivo e que seria uma alternativa para a solução do problema, isto é, uma tentativa, já que os outros procedimentos não apresentam nenhuma melhora. Em decorrência desses fatos me sinto confusa, insegura e, ao mesmo tempo, pressionada pelo INSS que espera de mim uma definição para dar andamento no meu processo de acidente de trabalho.

O pior mesmo, é que estando afastada tanto tempo das minhas atividades no Banco depois de tanto tratamento, medicamento e visitas a vários médicos e especialistas, eu me sinto pior, com dor constante, formigamento e inchaço nas mãos e no punho esquerdo, sem condições de realizar qualquer tarefa rotineira que exija um pouco mais de esforço. Exames recentes que fiz já indicam os mesmos sintomas e tenossinovite no punho direito.

Depois de muito pensar, cheguei a conclusão de que há 3 culpados por eu ter adoecido: 1º) A administração, pois, por mais que pedia ajuda para dar conta do serviço que era muito, por mais que reclamasse da dor, nunca fui ouvida e nem foi feito nada para diminuir a quantidade de tarefas, pelo contrário, me davam mais e mais serviços; 2º) O médico, não soube tratar da doença o quanto era necessário, pois não conseguiu discernir a gravidade do problema, em outras palavras, subestimou o que eu falava (não acreditava) e a dor. 3º) Eu mesma, por ter trabalhado tanto.

Fui o primeiro caso na agência. como não tinha ninguém para pedir ajuda, fiquei completamente perdida. Se tivesse orientação na época, não teria perdido tanto tempo em médicos não muito hábeis e hoje poderia ter tido muito mais progresso. É extremamente necessário a orientação precoce.

É extremamente necessário, também, a prevenção, pois se nada for feito, o Banco irá implodir daqui a algum tempo.

E, para nós, os já adoecidos, um trabalho de “despreconceito” junto a administração é demais importante pois se nos derem a chance, ainda podemos ser pessoas úteis.

Estou tratando de depressão com médicos e remédios, após as cirurgias. Cirurgias que sofri em 1992. Fui muito bem recebida pelos colegas de trabalho. Tenho compreensão e apoio deles. Só não acredito que o Banco tenha um interesse efetivo em prevenir a doença, pois as pessoas dos DSO e INSS, mais especialmente do CRP, tentam convencer que você não tem lesão mecânica de tendões e sim desvios psicológicos. Taxam de loucos e desajustados os doentes. Tendão não existe nos seus

diagnósticos. Acho isso muito sério. Não leva a cura e sim deprime o doente, tirando-lhe a esperança para se conviver melhor com as limitações que a doença nos impõe.

247

Fui o primeiro caso diagnosticado na agência; tive muitas dificuldades para a aceitação da doença por parte dos administradores e colegas e, também, a falta de informação e orientação quanto a parte burocrática que o INSS exige, por parte da agência.

248

Abandonei o tratamento após alta do INSS em 27 de abril de 1993, devido discriminação na agência e familiares; muita burocracia junto ao INSS, humilhações e outros fatores; sentia-me pior, a dor aumentava, o tratamento não resolvia nada; sentindo-me inútil voltei ao trabalho, não com a mesma dedicação; fazia apenas o que agüentava, o resto engavetava. Voltei a me tratar em agosto de 1994 devido inchaço no punho e aumento das dores até hoje não me considero melhor, um dia a dor é intensa, no outro não sinto nada.

249

São só comentários subjetivos:

Encontro-me em tratamento há mais de dez meses, entre sessões de fisioterapia, acupuntura, RPG. Minha vida ficou completamente tumultuada com os vários horários: horário para tratamento, horário com minha médica, horário para fazer perícia no INSS...Os sentimentos de tristeza e depressão são acentuados e a pessoa tem que ter uma estrutura psicológica muito forte para se manter controlada, para levar a vida com normalidade. As pessoas ao nosso redor ficam perguntando do nosso problema e lhes parece difícil entender que seja tão grave, que não possamos desempenhar tarefas tão elementares, como escrever ou digitar por muito tempo, ou mesmo atividades domésticas de passar e lavar a própria roupa, fazer faxina na casa, pentear os cabelos...

Quando encontramos pessoas com LER nos corredores do INSS ou nas salas dos consultórios, há uma identificação tão interessante, uma compreensão mútua tão consoladora, sentimos um grande alívio por não sermos os únicos, não sermos anormais, entender que apenas tivemos a infelicidade de desenvolvermos a LER, mas que podemos nos tratar. A vida continua e há esperanças para nós, e podemos até ajudar uns aos outros...e o que precisamos é de compreensão da nossa dor e sofrimento, de que não estamos inutilizados como seres humanos, que há muita coisa boa em nós e precisamos de ajuda....

250

O grande problema é aceitar as limitações e procurar outras compensações, por experiência própria, estou praticamente impossibilitada de datilografar, digitar, usar máquina de somar e devo escrever (manuscrito) o menos possível pois o polegar direito “trava”, para mim sempre foi muito orgulho ser exímia datilógrafa, sempre tive facilidade para escrever, e hoje estou “podada”.

Mas também questiono se o meu lado intelectual, extrovertido, um bom nível de raciocínio não podem ser usados para um melhor aproveitamento do Banco e que, se assim fosse, o sentimento de “inválida” seria eliminado.

Também percebo que os funcionários devem buscar ter uma melhor conscientização para prevenir a LER, pois as seqüelas são lamentáveis.

251

Tenho pavor de perder o emprego e não conseguir outro por causa da LER.

Meu marido tem síndrome do túnel do carpo e também é banespiano. A incerteza de um futuro sadio me apavora também. Tenho medo de não poder cuidar de um filho quando desejarmos tê-lo.

Às vezes só de datilografar uma ficha contábil ou tirar uma listagem para conferir os talões de cheque as mãos e os braços já doem. Ultimamente é comum eu sentir dor de cabeça e o pescoço duro.

Atualmente sou muito insegura e tenho verdadeiras crises de choro. Tem dias que preciso me controlar, mesmo no Banco, para não chorar. Depois da LER tenho me sentido muito mais nervosa. Fico vermelha à toa.

Por mais que eu tente ser otimista e ter esperança de um dia a medicina descobrir a cura, o medo acaba vencendo. Tem dia que só tenho vontade de dormir e outros que não consigo cochilar.

Eu só tenho 27 anos, já imaginou quando eu tiver 40, 50?

252

-Um dado importante é que me sentia culpada por não estar trabalhando, mas com acompanhamento de um psicólogo fui atenuando esta culpa, sendo assim acho importante um acompanhamento psicológico.

-Também terapia das mãos e braços em um acompanhamento a longo prazo, pois se volta a trabalhar sem ter um diagnóstico preciso, a tendência é piorar.

-Acho que por estar afastada, sinto um tipo de preconceito até mesmo dos cargos mais elevados no Banco, pois ninguém se preocupa ao menos em mandar um informativo das mudanças que ocorrem em sentido funcional.

Tive que escrever isso em várias etapas, pois já não consigo nem escrever direito que vem a dormência na mão, assim, desculpe-me pela letra.

253

A doença depois de instalada limitou muito a minha vida. Tive que colocar uma empregada doméstica em casa porque já não posso realizar os afazeres domésticos, este fato está onerando meu orçamento mensal, grandemente. Atividades como escrever a mão já não posso fazer como antes, o meu braço dói muito quando escrevo, por menos que seja, e isso me entristece muito pois me atrapalha muito na faculdade; no início da doença eu não conseguia nem assinar o nome. Não consigo nem segurar a minha filha por muito tempo. Essa doença, ou melhor, essa lesão nos perturba as 24 horas do dia, insistentemente nos atormenta, pois qualquer movimento causa alguma dor e isso nos afeta psicologicamente; fico muito triste quando penso que adquiri a LER.

254

Em primeiro lugar não se consegue uma melhora, pois estamos de mês a mês ou dois ou três meses, sendo obrigados a fazer perícia médica no INSS o que nos

causa uma apreensão muito grande e ao invés de melhorarmos, pioramos porque vivemos sempre tensos sabendo que de uma hora para outra teremos que retornar ao trabalho sem grandes melhoras, como eu que retorno na semana que vem 20/09/94, quase que na mesma em que saí, com uma diferença: estou com o braço direito todo retalhado, a dor é diária, e não há mais nada que fazer a não ser aceitar a decisão do INSS.

O nosso maior medo no entanto é que quando passar esse ano de estabilidade no emprego, ainda poderemos ser mandados embora, porque ninguém vai querer uma pessoa inválida trabalhando.

Esse período de readaptação é só 60 dias e depois teremos meses com dor, trabalharmos da mesma forma mesmo sem aguentar, temendo algo que possa acontecer.

255

Não tenho emissão da CAT.

Não tenho problema com a administração e sim não me afastei por vontade própria.

256

A tenossinovite é uma doença crônica que a pessoa que a vivência, deve aprender a conviver e saber evitar que causa as crises e dores.

Deixa sem sombra de dúvidas “estigmas” no funcionário, porém, vai de cada um mostrar a sua capacidade (embora limitada), retirando qualquer tipo de preconceito no ambiente da trabalho.

É importante que a pessoa afastada ao retornar ao trabalho não se impressionar com o preconceito que beira a doença, e sentir que é importante para o Banco ter funcionários “tratados e não lesados”.

257

O total de dias em que fiquei afastada foi exatamente um ano e dois meses. O INSS deu alta e encaminhou ao CRP em maio/94. Fiz adaptação de 30 dias a contar do dia 06/06 até 06/07. Recebi alta e retornei as atividades em 07/07 na função de balcão de informações. No dia 27/07/94, voltei ao meu médico e este pediu novamente o meu afastamento. Entrei novamente com a CAT e fui afastada em 28/07/94 pelo INSS. Quando fui fazer a perícia o médico perito falou-me que eu não tinha nada e já assinou minha alta para o dia 29/08/94. No dia 23/08/94 voltei ao meu médico e ele afastou-me por mais 60 dias, mas como eu já havia recebido alta antecipada do INSS procurei o DSO na pessoa do Dr.... Este fez um relatório encaminhando à perícia do INSS contestando a minha alta. Foi pedido então pelo perito um exame de eletromiografia o qual constatou que eu havia melhorado da compressão dos nervos, mas que meu braço ainda estava inflamado; ainda sendo assim recebi alta novamente.

258

Embora não tenha tido alta do meu médico, pois os exames continuam dando resultado positivo e continuo com muitas dores, o médico da perícia do INSS, me encaminhou para o CRP, dizendo que essa doença é crônica, com alguns períodos de

melhora e outros de crises e que devo aprender a conviver com essas dores e que deveria procurar a adaptar-me a um novo tipo de função no trabalho e que não adianta continuar afastada do trabalho.

259

Informo que não pude infelizmente participar deste Encontro, pois foi na data do nascimento do meu primeiro filho, e no momento estou de licença maternidade. Voltei a ter dores nos braços e principalmente no ombro devido ao peso do bebê. Retornarei a praticar o RPG assim que possível, e também ao tratamento alternativo na Igreja Messiânica, que foi um dos tratamento que senti maiores resultados, principalmente na parte psicológica, pois a LER nos dá a sensação de profunda invalidez e inutilidade, e aprendi que o pensamento positivo nos ajuda muito a superar os problemas.

260

Em várias ocasiões, por limitações em meu trabalho (por LER), me senti muito mal, inútil, em depressão e uma série de sintomas bastante negativos. Mas não sou pessoa de esmorecer facilmente, não me entrego a lamúrias e auto-piedade, vou `a luta. Quando fico muito triste ou abatida procuro dar a “volta por cima” e sempre consigo, às vezes, mais rapidamente ou não, mas sempre consigo.

A LER cria mais força negativa quando nos entregamos psicologicamente a ela.

Não deixar se abater ajuda muito! Apesar dos colegas, do chefe, das limitações.

261

Atualmente estou no período de estágio na agência na sessão de “cadastro” teoricamente; porque não domino totalmente este setor, e por este motivo sinto que algumas atividades são jogadas para desempenhar; tipo: “para você não ficar parado, você vai aprender essas coisas simples como: alguma coisa de cobrança; tirar no ceapus: central de eixo e serasa; outras atividades.

262

O que me deixa triste é estar fora da minha função como escriturário-caixa, o que muito gosto de fazer. Após o período inicial de tratamento, quando a dor era muito forte e foi necessário que eu usasse tala removível, anti-inflamatórios e dezenas de sessões de fisioterapia, retornei ao trabalho em outra função; acredito que retornar ao trabalho foi a melhor terapia, pois deixei de me sentir inútil.

Até hoje as dores aparecem uma ou duas vezes por semana; a dor permanece por três ou quatro dias quando tento fazer fisioterapia com bolinhas de espuma especial adquiridas para este fim.

Graças a Deus o meu caso foi diagnosticado com certa brevidade o que possibilitou um tratamento rápido e efetivo e o meu retorno ao trabalho.

263

Sendo eu uma pessoa de família numerosa, isto é, 14 irmãos e mãe de 6 filhos, que sempre realiza reuniões festivas, nas quais era eu a mais agitadora (na decoração,

nos preparativos), minha família toda canta e toca; hoje eu fico em casa me remoendo, enquanto todos festejam, negando inclusive aos meus filhos este prazer.

Sempre gostei de escrever poemas e versos só que já não é mais possível pois a escrita causa-me fortes dores, ocasionando a fuga de minhas inspirações; tornei-me uma pessoa “chata”, negativista e até insuportável, pois só enxergo o lado negro da vida; também, se o dia tiver 25 horas eu sinto dor durante todo o período e mais umas horas, sonho que estou com dor (quando durmo) e acordo com a mesma dor.

Não compareci ao Encontro porque justamente no dia minha pressão que sempre foi baixa resolveu subir para 13/19, tão grande foi a expectativa de juntar-me aos companheiros.

264

Voltei ao trabalho há 4 meses (estive de férias em agosto) desde 06/06/94 depois de ficar 4 meses de licença em tratamento. Estou afastada do caixa (gostava dessa função), agora ajudo o rapaz da secção c/c; me sinto estranha porque sempre tive uma secção para tocar, além do caixa e agora somente auxilio alguém e embora digite bem pouco (somente algumas contas para abrir ou alguma operação no terminal de vídeo). Tenho muita dor, cansaço, queimação no pulso e muita dor e sensação de peso no ombro. Também para escrever, como agora, tenho muita dor nos dedos, principalmente o polegar e o indicador, e também no pulso, além do ombro. Tenho medo de não ficar recuperada e continuar a ter sempre dor, tenho medo quando acabar (agora em setembro) o período de acompanhamento pelo DSO.

Às vezes penso que realmente tenho que fazer psicoterapia e aprender a lidar com muitas tensões, medos e incertezas. É tão difícil profissional especializado no vale do Ribeira. Acredito que todo funcionário com LER, deveria ser acompanhado por psicoterapeuta competente.

Agradeço a atenção da AFUBESP, senti não poder participar, porém sempre que for possível irei nos encontros para que unidos possamos nos ajudar a vencer esse grande problema.

Gostaria de receber o livro sobre LER de autoria do Dr... do qual falaram no convite para o encontro de 20/08.

Obrigado.

265

Eu hoje não sou o mesmo. Sinto-me muito deprimido e com muita insegurança, tenho medo em relação ao meu futuro dentro do Banco.

Nossa economia não é estável e isso ajuda muito para que eu fique mais inseguro.

Sempre desempenhei um trabalho contínuo dentro do Banco, somando e separando documentos, com uma produção acima do normal em relação aos meus colegas, mas sem desmerece-los, isso era aptidão natural.

Hoje desempenho uma função medíocre dentro do Banco e eu sinto muito deprimido. Com uma sensação que eu estou sendo vigiado pelo meu superior, pode ser até impressão de minha parte mais é assim que eu estou me sentindo.

Estou me sentindo um estranho no ninho depois de tantos anos de trabalho nesta empresa em que sempre me dediquei.

Não sei se vai dar para ler este manuscrito.

266

Após diagnosticada LER passei a não fazer nada. Nem tarefas diárias, escovar cabelos e dentes é um sacrifício. Dirigir um carro é dificultoso. A cada tarefa pequena é necessário muitos minutos, às vezes horas para que a dor passe, se insisto no que estou fazendo, ela logo incha.

Há um mês estava sem dor e sem inchaços, mas isto depois de muito tempo sem fazer nada; foi pedido pelo médico que eu começasse a realizar tarefas como escrever, datilografar. Resultado: dores fortes e inchaço.

Se nada acontecesse seria encaminhada para CRP, agora não sei o que vão fazer comigo, se encaminham para CRP ou se continuam, da maneira que estou, sem fazer nada.

Comecei a sentir pequenas dores, que logo passavam, com o tempo e o acúmulo de serviço as dores apareciam com minutos de trabalho no caixa; com a saída de um dos caixas com LER, o serviço se intensificou, as horas aumentaram, as filas também e a pressão da chefia também.

Com a extinção das CESERes, o número de toques no caixa, no nosso posto de serviço (fórum) aumentou e com isso a dor também, até que se tornou insuportável; resultado: licença.

267

Acredito que é uma doença que está acontecendo com maior frequência no Banco e merece maior atenção por parte dos administradores.

268

Eu não tenho me sentido triste ultimamente; às vezes, sinto é não poder fazer certas coisas que eu fazia antes da LER; como por exemplo escrever, lavar o carro, tocar um violão, pintar, dar umas palmadas nas crianças. Quando tento ajudar alguém com certo tipo de serviço que antes eu podia ajudar e que hoje não posso, me sinto meio inútil. Como exemplo: na montagem de um dormitório no carregamento de material (tijolo, argila, pedra).

269

Sinto-me discriminada na minha agência não só por alguns colegas de trabalho, pois pôr essa doença não transparecer diretamente na minha fisionomia (não estou pálida, mancando, magra, ou seja com cara de quem está doente), as pessoas me tratam como se eu estivesse fingindo, ou como se eu estivesse de licença porque não estou afim de trabalho. Porque esse tipo de pessoa não sabe o desconforto dessa doença, a dor constante e a depressão que vem com ela.

270

Sempre fui uma pessoa ansiosa e nunca tive boa resistência física, mesmo antes da LER.

Fiz todos os tratamento à mim aplicados e tive muito boa melhora.

271

Saí de licença em outubro de 1993.

Em dezembro, quando passei na perícia, o médico do INSS me deu alta por eu não ter levado nenhum relatório médico. Mas eu achei que já dava para trabalhar, pois estava me sentindo muito deprimida por estar afastada do serviço.

Mas quando passei pelo DSO para avisar que o médico havia me dado alta, nem sequer consegui falar com a médica que era a Dra...., pois o Dr.... que estava acompanhando meu caso estava de férias. Falei com a médica por telefone, pois ela disse que não havia necessidade de ir até o consultório e me mandaram para o mesmo setor sendo que o Dr.... havia dito que teria que mudar de secção. Em uma semana de trabalho, minha mão e meu pulso incharam novamente e tive que reiniciar o tratamento tendo que colocar novamente gesso por 15 dias e voltar a fazer fisioterapia. Achei um descaso muito grande por parte da Dra....e mesmo a chefia da minha secção.

272

Para mim que tenho TPM essas dores ou “desconforto muscular” se intensificam antes da chegada da menstruação o que faz ser necessário tomar uma medicação específica para TPM.

Algumas datas são aproximadas, quando há referência do início dos sintomas.

Creio que o questionário leva mesmo em conta isso, porque é muito difícil, senão impossível estipular certas datas.

Aproveito o espaço para agradecer a oportunidade que me está sendo dada. Afinal, todos nós como disseram vocês no início, que tivemos, ou temos, a amarga experiência de conviver com a LER, precisamos é mesmo disso: muito apoio.

Encaro meu problema como mais um desafio a ser transposto, como tantos outros percalços.

Espero que meus colegas antes da revolta, (perfeitamente compreensível) lembrem-se de que há pessoa, sim interessadas em nos ajudar. E se a ajuda for mútua, grandes progressos surgirão.

Infelizmente tenho outra observação a fazer: é amargo constatar colegas de trabalho discriminando-nos, talvez pelo que eu tenha percebido, pela idéia de que “a doença não existe” e por aí afora.

Não dá para mudar a idéia que fazem da LER desses nossos colegas, portanto, é melhor ignorar os comportamentos decorrentes de tal tipo de idéias.

Bem, foi só um desabafo.

Felizmente não são todos que pensam assim.

273

Uma observação que gostaria de expor aqui é em relação ao funcionário que retorna ao trabalho, após o recebimento da alta, isso em relação aos que ficaram muito tempo afastados como eu. Dias antes do retorno ao trabalho tive gastrite nervosa provocada pela ansiedade e insegurança. Já trabalhando, por 2 vezes tive que ir ao consultório dada a minha total debilidade emocional. Consegui me recuperar em pouco tempo com 3 sessões terapêuticas, mais a importante compreensão que tive por

parte da chefia. Estou aqui questionando até que ponto é válido o CRP, no que ele se propõe (reabilitar o funcionário em sua total integridade profissional) já que as datas das entrevistas são super espaçadas, tornando-se assim, acredito eu, ineficaz naquilo que se propõe. Sendo assim, qual é a posição do DSO frente a isso?

O questionamento tem fundamento na medida em que são vários os casos, que tenho conhecimento; eu tive sorte de trabalhar com chefia compreensiva e os que não?!

274

Acho necessária uma maior informação aos administradores que agem como se o problema fosse uma falta de disposição do funcionário para o trabalho e não uma doença com todo problema físico e emocional que ela traz.

Também, uma orientação para que o funcionário não seja tratado como se tivesse uma doença mental ou por causa de dificuldades com os membros tivesse também paralisia cerebral que o impossibilitasse de pensar e continuar trabalhando.

Também, uma maior divulgação aos funcionários da gravidade da doença e do não tratamento devido, visto que há funcionários que influenciados pela administração e mal informados sobre a doença (em sua maioria pela própria administração que não tem interesse numa divulgação realista), mesmo tendo o problema, não procuram tratamento, achando isso uma besteira ou que não conseguirão promoção ou, até, que perderão a comissão de caixa.

*Sinto também dificuldade, visto que o RPG que venho fazendo, só ser possível em São Paulo (200km de distância) e além do cansaço de 8 horas num ônibus, ainda há despesas com passagens e refeição que se torna pesada a certo ponto do tratamento. embora o sindicato diga que essa despesa cabe ao Banco, por se tratar de doença profissional, até hoje não conseguimos o reembolso e nem informações de como agir.

275

Foi emitida mais de uma CAT porque a doença retornou. Na primeira vez em que isso aconteceu recusei-me a ser afastada apesar da orientação médica, devido a insegurança e mal estar no ambiente de trabalho reinante após o diagnóstico médico. Tive muitas dificuldades na reabilitação pois “não havia” um lugar onde pudesse trabalhar e, assim, por muitos meses fiquei como um a bolinha de ping-pong, de um setor para outro. Continuei o tratamento por meses a fio até obter certa melhora, que coincidiu com o período em que fiquei em determinado setor, onde realmente me senti bem e readaptada. Então, fui novamente transferida e, desta vez, para um posto de atendimento sem qualquer tipo de infra-estrutura e terrivelmente movimentado, com poucos funcionários (posto do Instituto do Coração) e enorme sobrecarga de serviços. Então o quadro clínico, físico e emocional reverteu-se novamente e tive de voltar aos remédios e as sessões de fisioterapia. Dessa vez por oito meses consecutivos até o afastamento, que se deu em 17/05/94, para melhor rendimento, progresso e avaliação do tratamento, até então, sem sucesso.

Ainda me encontro afastada e em tratamento.(out/94)

Ingressei no Banespa em 10/87. Trabalhei 4 anos seguidos no telex (6 a 8 hs) com movimento intenso nos primeiros 2 anos, sem férias. Cada retorno das férias, após os 2 primeiros, sempre na mesma função, ou seja, telex, datilografia, digitação e soma.

Posteriormente, fui designada para um serviço de soma constante (6 a 8 hs), início da doença, mais ou menos, setembro/outubro de 92, quando procurei o médico para saber o porque da dor constante, é que descobri a LER. E quando levada a conhecimento da administração é que a barra pesou. Qualquer dor, por pior que seja é menor que o desprezo e a retaliação que se sofre. Fiquei 15 dias afastada e mesmo agora tendo problema nos dois braços prefiro trabalhar, embora no último dia 31/08 tinha sido tirada do serviço que fazia para ir trabalhar novamente no Ceser (soma o tempo todo) e quando disse que lá não poderia fui colocada no gelo, sob a alegação de que não há serviço no Banco que eu possa realizar por causa da LER.

Sugiro acompanhamento direto nas unidades, até por representante do COREP, talvez, e, principalmente, maior conscientização dos administradores para que a doença física não se transforme em grave doença psicológica, com traumas terríveis, além das seqüelas decorrentes da própria LER.

Quando preenchi este relatório não havia se agravado a situação mas em 17/10 fui afastada por 15 dias até 31/10/94, afim de que pudesse me recuperar e ir a São Paulo fazer eletroneuromiografia cujo resultado foi "normal", felizmente.

Retornei dia 01/11 e continuo nas sessões de fisioterapia (15 sessões).

fiz ultrassom: resultado: problemas no dedo médio esquerdo.

Desculpo-me pelo atraso na remessa deste e coloco-me a disposição para outras informações.

O Banco deveria fazer a própria perícia de seus funcionários, como é feito no Banco do Brasil, pois encontramos muitas dificuldades, demora no atendimento, tratamento agressivo por parte de recepcionistas do INSS, e deveríamos ganhar algum valor a mais, pois fica difícil pegar ônibus, que estão quase sempre cheios; no meu caso sou obrigada a usar taxi, gastamos com medicamentos, fazemos fisioterapia, não posso sequer dirigir, o gasto aumenta muito, o taxi está caro.

A meu modo de ver, creio que desde a época que foi diagnosticado o meu caso, pouca coisa mudou no que tange a um a ação preventiva da doença por parte do Banco. Alguns avanços foram conseguidos em relação ao tratamento e readaptação, mas acredito que o preconceito e a incredulidade em relação a LER exista, fortemente, na cabeça da maioria dos administradores e alguns escriturários.

Com relação ao auxílio concedido pelo INSS em relação ao meu caso devo dizer que desde março/93 foi concedido e até hoje (24/10) não recebi nenhum centavo. Gostaria muito que a AFUBESP me desse apoio para resolver essa situação já que normalmente num prazo de 40 dias os beneficiários passam a receber o auxílio-acidente.

Sem mais, obrigado.

279

O meu caso foi diagnosticado como tendinite pelo ortopedista que me tratou. Segundo o próprio médico, na época, o meu caso não foi classificado como LER.

O meu problema pode ter sido causado pelo fato de eu jogar tênis e a bola ter batido em meu “dedão” da mão direita, segundo o médico.

Quando a tendinite foi detectada, o médico quis no primeiro momento fazer a operação. Optei por outros métodos (engessamento, uso pomada local e depois infiltração).

Acredito que não serei completamente; porém, acredito também, que não é caso de operar ainda. Teria que fazer outras infiltrações e mais fisioterapia.

No momento não tem incomodado. Caso a dor volte com muita intensidade, farei novos exames e novas aplicações.

280

Quanto a minha atual função estou fazendo várias coisas sem serem repetitivas; bato algumas fichas, faço aplicações, atendo o telefone e outras pequenas coisas sem fazer esforço demasiado.

Recebi durante determinado tempo auxílio doença, depois que foi comprovada a LER e passou a acidente de trabalho .

Frequentei o CRP (Campinas) de 14/04/93 a 25/04/94, lá tive assistência médica, fisioterápica, psicológica e uma assistente social; tive terapia ocupacional também.

Em São Paulo fui no DSO o qual me ajudou bastante, pois daí em diante é que as coisas começaram a serem resolvidas, através dos assistentes que me atenderam e até hoje me dão assistência.

281

Registro que no meu caso, eu sinto muita dor. Tenho íngua debaixo das axilas, só passa quando fura o caroço e sai pus.

Sendo que o diagnóstico dado pela Doutora ... (reumatologista) é que meu caso é crônico: não tem cura.

282

Maiores esclarecimentos dos direitos e respaldo para os adoecidos.

Acompanhamento médico dentro da região sem o discomodo de ter o funcionário que locomover-se até São Paulo.

283

Não tenho força com o braço direito para fazer nenhum esforço como cortar legumes, abrir garrafas, pegar panelas, já derrubei a panela de pressão quente e queimei meu braço superficialmente. todo meu trabalho doméstico foi prejudicado pela doença.

Aposentei porque já tinha tempo quando saiu o “sopão” e por isso não dei entrada em nova CAT apesar de ter os atestados médicos que necessitava. Hoje me arrependo pois fiquei com a lesão da doença e não recebi indenização nenhuma. Estou pensando em entrar com ação contra o INSS para pedir indenização pois me tornei uma inválida para a minha vida familiar.

284

Depois de ter feito a cirurgia, achei que poderia voltar a trabalhar no caixa, voltei e fiquei com dores e formigamento, quando o dia exigia mais autenticações; voltei ao médico e ele pediu para que eu saísse do caixa, pois estava com tenossinovite no dedão da mão operada.

Fui transferida para outro setor, mas não me acostumei, pedi para voltar ao posto e me colocaram no atendimento ao cliente, quase que secretária do supervisor do posto.

Estou muito contente, pois gosto do lugar e das pessoas com quem trabalho. faço de tudo um pouco e os supervisores são muito compreensivos quanto a minha doença, pedem sempre que eu não me esforce muito.

Hoje só tenho um pouco de dor, quando datilografo a mais no dia ou escrevo muito, agora por exemplo, meu braço está pedindo água por estar escrevendo, pois são 17:30hs e acabo de voltar do Banco.

Estou as ordens para qualquer esclarecimento. Não fui ao Encontro pois tinha uma viagem marcada.

Atenciosamente.

285

O importante é que as campanhas, palestras, matérias nos jornais, que estão feitas continuem, pois só assim é que se evitam que novos casos apareçam e as pessoas possam se tratar em tempo.

286

Durante minha reabilitação junto ao CRP fui encaminhado pelo ortopedista que me assistia a um reumatologista. Este solicitou exames de sangue e urina, onde ficou constatado alteração na taxa do ácido úrico, ficando então diagnosticado “gota” ou seja depósito de ácido úrico nos tendões, que em função dos movimentos repetitivos de minha atividade gerou uma tendinite.

Diante do quadro apresentado fui liberado para minhas atividades normais na mesma função.

287

Essa dor na mão e no cotovelo, eu já vinha sentindo há muitos anos atrás, só procurei o médico porque começou a adormecer os dedos e eu não conseguia segurar nada na mão, sem explicação nenhuma quando eu via o que estava segurando caia no chão, com isso quebrei vários copos e pratos de casa.

Hoje ainda sinto um pouco de dor, mas não tenho tirado licença por medo de ser prejudicada futuramente, espero que seja concluído o acordo coletivo de trabalho e

que haja uma cláusula sobre a LER para que não nos prejudique, pois não temos culpa de ter essa doença, ela não apareceu sozinha.

Sem mais, obrigado por me dar esta oportunidade de desabafar.

Obs: Espero que todos que estão com LER se manifestem, pois existem colegas que não tem mais cura e que estão desesperados com esta doença.

288

As alternativas (...), não são constantes, mas me traz um mal estar muito grande quando estou no período pré-menstrual principalmente, o desconforto é muito maior e no corpo todo e muito sono, sem ânimo para levantar. Estes sintomas todos apareceram depois da LER, inclusive inchaço e dor nos tornozelos e joelhos.

289

Bom, fiquei grávida em junho com a minha licença da tenossinovite, como minha gravidez era de risco não pude fazer um tratamento com remédios, fisioterapia.

Só fiz acupuntura e não senti muita melhora.

Voltando agora ainda não posso tomar remédios por estar amamentando. Doí muito meus braços, pescoço, cotovelo,coluna,/punhose e dedos.

Estou fazendo RPG (Reeducação Postural Global) e alongamentos que doem muito mais ainda.

Na vida diária- dar de mamar (só deitada, porque não consigo segurar a nenê), trocar fraldas, lavar, etc...-é difícil por doer demais, mas tenho que fazer por não achar ninguém para me ajudar. Até escrever este questionário fiz, em partes, pois não dá nem prá escrever.

290

Obs.: No caso da Agência. Central, gostaria de colocar uma observação quanto às máquinas.

Colocadas do lado esquerdo do guichê, provocando maior movimentação do braço e do corpo para registrar os documentos.

Guichê dos caixas relativamente alto, fazendo com que os braços fiquem mais levantados.

A postura nas cadeiras também é prejudicial.

291

Muita dor nos ombros, ombros inchados, dormência nos dedos junto com dor no ombro- dor no punho com pegadas de dor no antebraço. O ombro fica duro não suportando gestos superiores com o braço. Qualquer movimento reflete dor no ombro etc.

292

A alta do médico e do INSS foi a meu pedido, porque me sentia em desespero por estar com a doença, e a dor eu sinto em casa e no Banco.

Sempre trabalhei no caixa porque gostava do serviço e por estar sempre em contato com os clientes, nunca fui de trabalhar atrás de uma mesa e máquina de escrever.

Já escutei a palavra “rejeitada” de chefe, e isso me magoou muito. fiquei muito sentida de ouvir esta palavra.

Apesar de todos os anos de Banco fiquei chateada por não poder entrar no “sopão”.

No Banco não existia secção para quem tem essa doença, todo serviço exige esforços que doem muito o braço.

Apesar de não ter podido ir a reunião gostei muito a atenção de vocês, em mandando esta carta.

293

Acho que o Banco devia deixar a pessoa fazer 15 dias de estágio no CRP, pois lá você aprende a desenvolver tarefas diárias, que você usa todos os dias.

Lá eles ensinam as pessoas, desde como pentear o cabelo, lavar roupa, até como trabalhar; ensinam não, orientam.

Se não acontece isso, a gente só reaprende a trabalhar; nem isso, pois eles encaminham para o estágio, você chega na agência e já começar a trabalhar.

Peço desculpas pela letra, é que não consigo escrever direito pois dói o braço.

294

Depois de bancária sou dona de casa. Trabalho para ajudar no orçamento da casa pois meu esposo é funcionário público municipal com renda de R\$153,00 com dois filhos e tenho todas as limitações de executar tarefas do lar e profissional como posso possuir empregada, faxineira com a responsabilidade da casa que tenho. Como já ouvi de departamento do Banco que era a solução aí eu pergunto como é a ou melhor solução para meu caso funcionária que produziu 21 anos e agora simplesmente uma pessoa conhecida dentro da empresa.

É justo?

É justo?

É justo?

295

Em 12/09/94 iniciarei o estágio do CRP no posto da Cetesb com outra função.

Gostaria de colocar que a T.O. foi o que mais me ajudou.

296

Gostaria de saber se esta doença realmente tem cura.

Até agora já tentei quase tudo, tive melhora mais as dores sempre voltam.

Estou pensando em procurar uma médica aqui em Campinas. Tratamento, acupuntura.

O problema é que a médica não é conveniada pela Cabesp e eu não quero arcar com as despesas, apesar do reembolso. Acho que o Banco deve pagar as despesas.

“Solicito orientação” da AFUBESP, pois já estou cansado de tomar tantos remédios e fisioterapia que resolvem o problema, mas parcialmente.

Obrigado.

297

Dores nas mãos, braços, ombros, pescoço.

Sensação de cansaço nos braços e mãos.

Inchaços ocasionais das mãos e pulso.

298

(1) Eu acho que ao retornar as atividades normais, deveríamos optar por outro local, não necessariamente onde ocorreu o problema, como defende o DSO.

(2) Minhas atividades domésticas realizadas diariamente, me causam dores (sou mãe, tenho dois filhos menores, sou separada) isto me assusta, pois quando eu retornar ao Banco terei que acumular novamente 2 funções (profissional e dona-de-casa), me sobrecarregando.

(3) Sinto-me culpada pela doença, isto também me causa medo ao retornar ao Banco, ficar dizendo “não, eu não posso” apesar de saber que esta doença é involuntária a mim mesma.

(4) Tenho ciência de minha limitação física imposta pela doença, mas não tenho trauma ou revolta por isso, procuro adaptar-me.

(5) Em minhas atividades domésticas para não usar e abusar dos meus membros superiores deveria ter uma empregada doméstica (financeiramente não tenho condições) ou tudo automatizado.

299

Apenas quanto ao item “sente-se uma pessoa inútil”, eu me sentia inútil quando estive de licença os 5 meses e o pensamento era só a dor, o braço e engordar, minha perícia estava marcada para começo de agosto e pedi ao médico onde fazia forno (de Bier), que era obrigada a ir diariamente no fim de maio para retornar a perícia, antecipadamente, eu queria alta, pois sentia-me muito bem. Tive alta na condição de exercer outra atividade menos de caixa.

Acho que a cura ou a melhora em certos casos só depende da própria pessoa. É claro que depois que fomos afetados não será como antes, mas temos que acreditar e pensar positivamente.

Exemplo: se posso dirigir, cuidar dos filhos da casa porque não trabalhar? Só não poderia voltar a trabalhar se fosse obrigada a exercer diariamente a mesma função, com o ritmo de antes.

No meu caso acho que é tenossinovite causada também pelo sistema nervoso, porque na maioria das vezes guardo os sentimentos comigo.

300

Preconceito com relação a doença de parentes, colegas e administração.

Não há tratamento certo para a doença por “achar” ser uma doença recente.

Não fui a reunião por estar abalada (morte de irmão, marido trabalhando fora do Estado e falta de compreensão pelo pessoal do INSS/CRP na abordagem quando acontece a primeira entrevista com assistente social e médico).

301

Mesmo com sessões de acupuntura ainda sinto formigamentos nas mãos, porém, não senti mais dores.

Uso diariamente tala elástica pra os punhos.

302

Voltei a trabalhar há 3 meses e tudo ia indo bem até um mês atrás quando comecei com muitas dores nas pernas. Estou fazendo uma série de exames novamente. Estou aguardando um diagnóstico que poderá ser hérnia de disco; se não for, o médico que está me acompanhando no momento (neuro) quer que eu faça uma eletroneuromiografia.

E para concluir: minha vida ficou tão pior, eu fiquei tão mais infeliz que somente outra pessoa que passa por isso pode entender.

P.S.: não fui ao Encontro devido essas dores muito fortes nas pernas, mas fui uma das articuladoras do Encontro aqui em Ribeirão e não gostei da carta que recebi.

303

Apesar de ter restrições médicas quanto a movimentos repetitivos, é difícil evitá-los no Banco, quase sempre a gente se encontra a fazê-los. Se a gente executa alguma tarefa repetitiva com um ritmo menor, imediatamente os colegas tecem comentários de que estamos fazendo corpo mole, de que LER é uma desculpa para não trabalhar, etc. Com base nisso, acho que nossa carreira no Banco fica comprometida, pois a chefia, apesar de muitas vezes nada dizer, relega-nos tarefas medíocres. Se a questão desempenho for realmente fator para crescimento, com base nas notas, a gente nunca crescerá.

Acho que esta é a maior dificuldade para nós lesionados voltarmos ao trabalho, sentirmos úteis na empresa.

304

Alguns sintomas, como tristeza, dificuldade de pensar com clareza, acreditar não ser mais útil, foram superadas após o início da terapia ocupacional.

Os exercícios de alongamento foram muito úteis.

305

A LER causa me apenas dor no punho, mão e ombro. Não perdi minha capacidade de resistência, pois tenho firmeza nas mãos, carrego peso, faço ginástica sem nenhum contratempo, mas sinto dor ao escrever.

306

Em primeiro lugar gostaria de ter participado deste Encontro, mas ultimamente ando sem tempo para nada mais, minha vida é viver em médico, palestras e drogada de remédios. Já perdi esperança com palestras, com tratamentos, já me conformei em ouvir dizer: aprenda a conviver com sua dor e a sua doença. Estou há 3 anos afastada, com 2 volta de estágio, uma durou 1 ano, outra 15 dias, voltei a digitar e a usar o telex hoje. Tenho minhas mãos totalmente adormecidas, com degeneração dos nervos, não sou capaz nem de escrever mais, minha mão vai travando, e minha letra piora cada vez mais, tenho que parar a cada linha escrita. Estou retornando ao CRP novamente, para ouvir mais um pouco de abobrinhas; passei na perícia médica do INSS em agosto e só vou no CRP em fevereiro/95. Graças à Deus, encontrei no SUDS do Mandaqui um "médico" maravilhoso que é humano, que entende nosso problema e luta junto com todos portadores da LER buscando cura e trazendo esperanças para nós, dando encontros de Grupo Qualidade de Vida: Dr. ...

307

Eu não quis me identificar porque não confio que não haverá nenhum prejuízo para nós funcionários portadores da LER .

Depois também eu não ACREDITO que será feito algo a nosso favor porque nem mesmo no meu próprio setor há empatia, nenhuma preocupação.

O DSO já fez uma pesquisa assim anteriormente e agora, o que está sendo feito por eles em nosso favor?

Eu só respondi o questionário por diversão, embora está difícil até para isso.

É difícil escrever tanto!

Num futuro muito próximo irá cumprir-se o que a Bíblia diz em Isaías 33:24* . E é nisso que eu realmente acredito.

308

Na carta que vocês me enviaram juntamente com este, dizem que embora eu não estivesse presente ao Encontro sobre LER vocês estão me mandando, para que eu o responda; pois bem, eu esclareço o seguinte: embora eu estivesse aí no Encontro em 20/08/94, ter participado (isso vocês podem confirmar conferindo a lista de inscrições feita na entrada, a qual eu inclusive assinei), vocês não tiveram o suficiente para nos distribuir, por isso, não o respondi na hora e no dia e não por desinteresse ou má vontade ou desorganização.

Quanto aos nossos problemas, gostaria de saber onde está a cura para eles, pois vocês falaram demais sobre ex-lesados mas ninguém soube me dizer como estes chegaram a estas condições (ex-lesados) pois é só me indicar, se for segura, garantida, (100%) que eu vou atrás dessa cura, seja onde for, desde que pelos caminhos normais de medicina, tratamento ou até mesmo cirurgia.

Só gostaria de saber, qual o nosso real amparo, pois já soube que na negociação salarial, ninguém quis saber de nada.

Quanto ao meu problema sinto o seguinte:

* Isaías 33: 24: "Porque o Senhor é o nosso juiz; o Senhor é o nosso legislador; o Senhor é o nosso rei; Ele nos salvará".

- Quando trabalhava, era apaixonada pelo que fazia. Não media esforços para chegar bem mais cedo ao trabalho, para ajudar meus colegas, os quais eu tinha como uma família, bem como nunca tive pressa para parar logo com o trabalho e ir logo embora para casa; só o fazia, sempre, além do meu horário, sem me preocupar se o Banco ficaria ou não devendo-me pagamento pelas horas a mais que trabalhava, além das horas-extras que fazia e ganhava.

Hoje eu vejo que não é nada disso quando eu ouço colegas nosso dizendo que o que temos é doença de cabeça, “frescura, que não queremos trabalhar”.

Então, isso me decepcionou muito, pois, enquanto teríamos que ter por lei apoio psicológico por parte da empresa, temos ao contrário, “guerra psicológica”.

Cheguei a conclusão, em vista de tudo isso, de que eu tenho mesmo é apenas e somente apenas, que me preocupar com minha saúde mental e física e não esquentar a cabeça com o que dizem ou fazem para nos prejudicar mais ainda.

309

Fiquei afastada do serviço durante 3 meses e meio. O INSS me deu alta alegando que o Banco me reintegraria no trabalho. Quando retornei na agência, o gerente administrativo me afastou do caixa, mas me colocou no cadastramento, na época em que havia muito movimento. Eu escrevia, carimbava, grampeava a tarde inteira; quando reclamava que estava com dor, ele alegava que era porque eu estava parada muito tempo e isto era normal. Reclamei ao DSO que entrou em contato com o gerente; então, ele queria me colocar para tentar digitar no computador, alegando que era só uma tentativa; foi quando tive uma piora muito grande e me afastei de novo.

Quero voltar a trabalhar o quanto antes, mas estou com pavor da mesma situação se repetir na minha volta.

310

Quereria agradecer ao apoio que vocês estão dando a todos os portadores de LER e que possam realmente fazer algo por nós. A discriminação por parte de alguns colegas ainda é grande e temos que acabar com isso. Assim como nós estamos ruins hoje, amanhã poderão ser alguns deles. Tenho recebido um grande apoio do DSO e da gerência administrativa de minha agência, mesmo assim é difícil, porque realmente não somos mais os mesmos. As atividades são restritas e a nossa capacidade também; não são todas as atividades que podemos fazer, mas com a ajuda de vocês nós conseguiremos chegar lá.

311

Mesmo com o serviço reduzido e intercalado não tive melhora, ainda não sei se piorei, estou para voltar ao médico para uma avaliação.

312

Durante o período em que trabalhei como recepcionista, logo após ter alta do INSS, percebi grande melhora, porém era eu me descuidar e digitar demais ou escrever demais que as dores começavam a voltar devagarinho. Daí eu concluí que este problema nunca terá cura, só controlar.

313

Como funcionária do Banespa há 24 anos, sempre no interior do Estado, sempre senti pressão dos administradores para com os escriturários e caixas. Sempre trabalhando fora do horário, de 2 ou mais horas fora do horário, trabalhando rápido, sob forte tensão.

Acho que isso ajudou em muito para eu ter LER.

E pelos outros casos que eu estou conhecendo, vejo que o funcionário está com os mesmos problemas que eu tive. E eles tem medo de assumir a doença e ser prejudicados por isso.

E estou enviando a vocês os diagnósticos de meus exames, para vocês fazerem uma avaliação e por favor dêem retorno, porque os médicos com quem me consultei não foram objetivos para comigo.

Por isso, peço-lhes: façam um diagnóstico mais objetivo e me mandem o resultado para meu conhecimento.

Meus agradecimentos.

314

Sou biomédica e professora de educação física. No início foi “uma barra”, tive que parar todas as atividades que desenvolvia; hoje faço algumas com muita restrição ainda.

Aceitação, e o estado psicológico melhorou muito. Estou convivendo com o problema de uma forma mais tranquila.

Tenho um bom currículo na área biomédica; gostaria de participar na pesquisa junto ao médico de saúde e trabalho.

315

1) Gostaria de conhecer mais sobre a doença, porque no último exame que fiz acusou que estava pior, embora esteja de licença. E o médico só diz que é assim mesmo, não explicando o porque.

2) Quando voltamos a trabalhar, não há nenhum tipo de fiscalização para saber se o que estamos fazendo é o correto ou se está agravando ainda mais.

3) Deveria haver um remanejamento para que nós com problemas , trabalhássemos mais perto de casa, para sobrar mais tempo para as atividades físicas e de lazer durante a semana. Creio que a atividade física é um santo remédio para o relaxamento depois de um dia de serviço.

4) Agora que estou com LER, está ainda pior para conseguir permuta. antes não consegui por que a pessoa vinha na minha agência em dia de pagamento e desistia imediatamente da permuta. Agora qual gerente vai querer um funcionário com LER? Estamos fadados a aposentar na mesma agência ?

5) Porque a reabilitação tem que ser feita na mesma agência ? Não entendo.

316

A observação que eu gostaria de fazer é que eu não entendo porque o CRP dá alta do tratamento alegando que agente já ficou 6 meses, sendo que houve meses em

que teve só 5 dias, 8 dias, 10 dias, etc., de tratamento; e eles contam como se fosse um mês. Eu senti que eles (não são todos) não querem saber se você melhorou ou não. O que eles vêem é o prazo em que se está tratando. Como pode-se haver um prazo? Como podem saber se você está pronto ou não? Senti também que há uma desconfiança em relação aos adoentados por parte de quem está nos tratando. Eles deveriam fazer ou pedir mais exames, para provar se houve ou não melhora. Acho que o Banco deveria se preocupar mais em relação aos seus funcionários. Tanto antes da LER como depois. Somos bem tratados antes da LER; depois dela, depois que nos afastamos, nossos “colegas” nos ignoram. No começo isso me afetava, mas agora não. Só acho que o Banco deveria abrir os olhos destas pessoas tão pobres de espírito.

Demos muito de nosso sangue para o Banco para sermos tratados com tanta indiferença. Eles têm que ver que poderemos dar, não importa que seja em outra função. Só queremos ser tratados com mais respeito.

317

Fui afastada das atividades em 22/01/92. No começo foi uma maratona, de médico, laboratório, INSS, fisioterapia, que me tomava todo o tempo.

Mas com o passar dos meses e com maior consciência da limitação de não poder fazer coisas, ou ter atividades “normais,” comecei a pirar. Fui para a terapia e em set/92 não aguentava mais ficar parada. Fiz a reabilitação pelo CRP e retornei, definitivo, ao trabalho em jan/94.

A limitação nas minhas atividades no Banco é mais ditada por mim mesmo. Apesar da chefia entender, não gosta muito.

Me sinto desmotivada e sem vontade de crescer no e com o Banco.

Além do que a agência em que trabalho é bem distante da minha residência. O trânsito que pego para chegar lá já me deixa tensa e cansada. Mas pensar em pegar uma nova agência, com todas as limitações que carrego, não seria nenhuma saída adequada.

318

Os 60 dias em que passei em casa, foram vividos da seguinte forma: 30 dias correndo atrás de papéis, que o INSS dizia não ser deles, e a agência dizendo não ser dela. Meu supervisor, no meu último dia de trabalho, chamou-me, em particular, e disse: essa doença não existir, tomando como pessoal minha doença, mesmo eu lhe mostrando o comprovante do médico e já estando com a tala na mão. Saí da minha agência chorando e humilhada. Nesse dia nem quis voltar para casa; fiquei chorando numa estrada sem acreditar no que tinha ouvido e no que estava acontecendo comigo.

Os outros 30 dias, tive que mandar meus dois filhos para a casa da minha sogra, pois meu marido enlouqueceu, correndo comigo para o INSS em Lins, o mês todo, e perdendo a viagem, em Bauru que é o médico onde eu vou, e, por fim, fomos ao lugar certo que é o DSO em São Paulo, escolhido por minha própria conta, pois ninguém me informou nada. Na agência pareciam que tinham ódio de mim ou estivessem com medo de serem contagiados.

Como estava dizendo, esses últimos 30 dias em que o médico me colocou o splint (que eu acho que foi o que realmente resolveu) cuidei do meu marido em casa. Ele estava totalmente enlouquecido, tranquei a casa para não interná-lo num hospício.

Cozinhou com a mão esquerda e consegui tratar bem dele.

Hoje, quando vamos ao psiquiatra (ele está indo toda semana e médico não tem convênio com a CABESP), o psiquiatra diz que o mérito é meu de tê-lo agüentado em casa. Ele toma muitos remédios.

Minha vida mudou completamente; às vezes, acho que meu casamento também acabou. Acho que a LER conseguiu acabar com tudo.

O preconceito contra a doença é o que mais dói na gente. Eu fui discriminada pelo supervisor “...” e o gerente da agência nem tentou tomar conhecimento do fato que me acontecia.

Graças a Deus, eu já os perdooi, e consigo hoje olhá-los e dizer-lhes bom dia. Não tenho raiva deles, pois acho que só o perdão dá perspectiva de futuro para o ser humano.

319

Há um ano, quando tive alta, voltei a trabalhar na mesma função porém em guichês de menor movimento.

Há aproximadamente 3 meses só abria caixa eventualmente, quando o Banco estava com muito movimento. Este afastamento fez com que desaparecesse um cisto que tinha no tendão do dedo médio da mão direita.

Durante todo o tratamento, ele não diminuiu ou desapareceu e somente agora, quase que definitivamente afastada do caixa, ele desapareceu. Fiquei feliz quando percebi.

320

Continuo em tratamento médico, mas temo ter esgotado todos os recursos. Tenho dificuldades em avaliar minhas melhoras devido à impossibilidade de combiná-las com esforços.

Não consigo manter uma rotina de atividades domésticas. Canso-me facilmente. Sem falar que as dores voltam se continuar insistindo.

Outra questão é que, ao mesmo tempo que experimento melhoras em alguns sentidos, aparecem outros sintomas. Por exemplo: com o tempo, as dores que eram intensas e contínuas, tornaram-se mais suportáveis e espaçadas. A fraqueza intensa que sentia nos braços é agora menor. No entanto, os problemas relacionados com a coluna têm aumentado. Em vista disso sinto-me desanimada e tenho medo do futuro.

Tenho grande necessidade de respostas, mas não sei se há alguém que as tenha.

Penso que este sentimento é compartilhado por muitos portadores de LER e que só por estes pode ser entendido plenamente.

321

Eu ainda não voltei a trabalhar mas sinto muito medo de voltar e piorar (sentir aquelas dores fortes novamente)

Eu quero muito voltar a trabalhar, mas também quero que respeitem o nosso problema.

Tem pessoas que não acreditam e aí agente se sente pior do que antes.

Muito obrigada por vocês existirem.

Ajudem mesmo a todos os colegas; eu, graças à Deus, estou me sentindo melhor, mas, como todos nós sabemos, tem gente que está muito mal e se sentindo sozinho.

322

Venho destacar a falta de sensibilidade de alguns administradores que encaram nosso problema como “frescura” nossa não trabalhar por causa de algumas dorzinhas; muitos dizem. Aqueles que não tem o problema ou nunca tiveram acham que nossa doença não é nada, que é psicológico.

Minha tenossinovite é das mais leves. Sinto dores esporádicas e de fraca intensidade.

323

A 1ª vez que voltei ao trabalho, voltei contente. Depois, foram tantas humilhações, que, hoje só em pensar em voltar fico ainda mais doente. Na última vez que voltei, meu administrador pediu que eu não conversasse com os colegas e os proibiu de falar comigo. E da última vez ainda, um dos meus administradores disse que teria um serviçinho bom, sossegado, gostoso de se fazer: era no computador.

Aí eu vi que era caso perdido. Depois de chorar direto vários dias, achei que era hora de ter mais amor próprio, procurar não me sintonizar muito com esse tipo de coisa e parar de pensar em morrer. Muito, muito obrigado. Estarei sempre as ordens.

324

Em 26.02.93, fiquei afastada devido a LER pela 1ª vez; fiquei 4 meses de licença, sentia-me rejeitada na agência, não conseguia manter relacionamento com meus colegas da ativa; a doença é invisível e todos falam que os doentes de LER são aproveitadores, vagabundos. Acabei por fazer um ultrassom em máquina não adequada (de propósito) para poder voltar a trabalhar, logo, ser normal outra vez. Fui transferida para o PAB Mandaqui, atendimento linha de frente e tive que assimilar todas as funções rapidamente, pois o tempo voava, o volume de serviço era imenso, e eu não podia marcar bobeira, isto é, de desmanchar uma imagem de “ótima funcionária” que eu havia demorado 15 anos para construir. Quer queira quer não, o Banco, os colegas acabam exercendo pressões que vem de todos os lados para você se sair bem em tudo, e não ser tida como LIXO, pois a maioria pensa que LER é LIXO.

Apreendi tudo; para mim sempre foi fácil aprender; consegui me sobressair, exercia inúmeras funções, a correria era geral, não se parava um minuto, eu acabava ficando além do horário e trazia serviço para casa. O cansaço ia aumentando assustadoramente. Em casa, eu desmoronava, não prestava para nada, trabalhar no Banco consumia toda energia que eu pudesse ter no corpo. Perdi completamente a força nas mãos, não dormia a noite de dor nos braços, não conseguia dirigir, as pequenas coisas se tornavam grandes problemas, estava cada vez mais incapacitada, impotente diante de tudo aquilo que vinha acontecendo.

Hoje para escrever esta redação o esforço é enorme, a caligrafia horrível, nunca parei de tratar, trabalhei 8 meses e finalmente fiz o ultrassom e doença estava bem pior.

Continuo sentindo a discriminação no Banco; sinto dor sempre, evito ao máximo ir lá, só em último caso. O problema agora é que sinto estar cada vez mais dependente de outras pessoas pra tudo, parece que acabou minha liberdade, minha capacidade pra fazer qualquer coisa.

É duro ficar assim, principalmente para mim que sempre achei o trabalho, a produção, o ser útil, ótima fonte de saúde mental.

325

1) sugeriria que fosse incentivada nas agências a realização de alguns exercícios de relaxamento pela manhã e à tarde (nos dois turnos), visando prevenir novos casos de LER.

2) Os móveis e utensílios utilizados são inadequados e necessitam de substituição urgente, principalmente aqueles destinados aos caixas.

3) Deveria haver maior divulgação sobre a LER, inclusive no vídeo jornal Banespa.

326

Gostaria de informar que estive no Encontro de LER e que já respondi a este questionário, e não sei porque motivo vocês não encontraram o meu nome na lista, pois eu estive presente; porque seria um descaso, a doença que a tanto tempo está na minha vida diariamente, que seria impossível deixar de participar do Encontro. Gostaria que me informasse sobre tudo o que está sendo feito em favor de nós todos, lesionados.

327

Estava de licença por acidente de trabalho desde a data de 16/julho/93, ficando em tratamento até 31/julho/94, recebendo alta pelo INSS.

Voltei a trabalhar no setor de conta corrente até 31 de agosto de 1994, mas sem interromper o tratamento com o fisiátra, que orientou-me para tratamento psicoterapêutico, e que, na data de 01/setembro/94 , afastou-me novamente do trabalho por 30 dias, devido ao agravamento das dores que sinto.

Fui aconselhada a solicitar ao INSS, reconsideração do meu afastamento para acidente de trabalho, o que estou no aguardo da solução.

328

O maior sofrimento que me causou o trabalho foi o local de trabalho. Onde “colegas” nos olham de lado porque não podemos colaborar o mesmo número de horas de graça e que por esse motivo me sobrecarregavam dentro das minhas 6 horas contratadas pelo banco.

Adoro ser caixa, mas é lamentável que por ignorância e arrogância de certos colegas escriturários e administrativos somos colocados em situações que nos tirem de que mais gostamos de fazer e façam com que não tenhamos tanto orgulho de vestir a camisa do Banco.

Desculpem pelo desabafo, mas vocês não deixam de ser do Banco também, portanto não sei se adianta muito falar.

329

Compressão entre a 6ª e a 7ª vértebra do tendão. Necessidade de melhor acompanhamento, pois resido em cidade com poucos recursos médicos. Fica difícil uma recuperação mais satisfatória.

330

Após tratamento fisioterápico as dores aumentaram. Tentei outra série de fisioterapia e foi ainda pior. Optei por não fazer mais fisioterapia. Apenas tomar o medicamento.

331

Estive em auxílio doença pela 1ª vez em 7.11.91; ficou diminuída a minha carga horária no caixa, mas não deixei de exercê-la.

Retornei ao INSS pela 2ª vez depois de uma cirurgia, ficando afastada 2 anos. Estou prestes a retornar pelo mesmo motivo, agora agravado bilateralmente. Só queremos que nos dêem um pouco mais de valor, pois afinal não pedimos para ficar doentes. Tenho capacidade limitada, não posso produzir como antes, mas sou um ser humano que quer e tenta ser útil; nem propostas de seguro de vida podemos fazer, perante nossos colegas somos folgados, a administração nos anula, e ficamos esquecidos nos cantos; mal sabem eles, o quanto sofremos com isto e como corremos atrás de médicos e INSS, ficando horas sentada num banco desde 7 horas da manhã para simplesmente conseguir passar por uma perícia médica.

332

Quando me dei conta de que estava com alguns sintomas de LER, já mais ou menos um ano, (quando me conscientizei da gravidade da LER) entrei em crise de choro e nervosismo e resolvi fazer consulta a Dra.... (Reumatologista), em 28/04/93, que me diagnosticou e me afastou do serviço para tratamento medicamentoso e fisioterápico; passados os 15 dias entrei pelo INSS. Tive bastante melhora na ocasião e, em 28/07/93, minha médica escreveu pedindo alta e relatando minha melhora em 100%. A perícia do INAMPS não aceitou o pedido da minha médica e me disse que eu nunca mais estaria 100% boa e me encaminhou ao CRP para que eu me afastasse definitivamente do caixa, pois julgou 15 anos consecutivos no caixa ser tempo demais para mim. No CRP passei por médicos, psicólogos, assistentes sociais, etc, que me entrevistaram em mais ou menos umas 4 entrevistas e logo obtive alta por insistência minha (estava cansada de tanta burocracia). Fiz estágio de um mês na minha agência e no setor de aplicação onde me esforcei ao máximo para obter bom êxito com medo de não ser aprovada e consegui a alta com retorno imediato. O INAMPS me concedeu 40% de auxílio acidente no dia de minha alta. Voltei feliz e satisfeita para minha agência, mas logo senti que no dia-a-dia era bem mais sacrifício do que no estágio que fiz (pois fiquei sozinha no setor onde antes trabalhava pelo menos umas três pessoas). Passei por bastante dias de irritações com tantas ligações telefônicas e clientes na mesa, tudo ao mesmo tempo para atender, o que me gerou mais uma vez um tremendo desgaste físico e mental que me provocou fortes depressões e imobilização total do meu pescoço (mais outros motivos emocionais extra-banco, como doença do meu pai, por exemplo). Novamente saí de licença médica por 15 dias, mas como não consegui consulta com minha médica, procurei um ortopedista que me encaminhou ao reumatologista que me deu um diagnóstico de Miofascialgia da musculatura cervical e

me medicou com tandrilax, lexotan e calor local com reparil gel (Será que isso tem algo a ver com a LER?)

Tive melhora com o tratamento que se beneficiou com minha saída de férias, logo em seguida ao ocorrido.

No término de minhas férias, o meu setor de aplicações (devido a entrada do real) praticamente havia terminado e outra funcionária as executava sem problema.

Agora sim, fiquei na agência meio folgada para lá e para cá. Onde a administração sente mais necessidade de mim, lá estou eu. Para finalizar: por último, há uma semana atrás, o meu gerente geral, Sr. ... e minha gerente administrativa (suplente) (...) me pediram para abrir o caixa somente nos dias de pagamento ao INAMPS (em dias alternados com outra amiga -lesada- somente das 8:00 às 10:00). Nós duas estávamos há 2 dias para dar a resposta; depois de muito pensar achamos razoável o pedido deles, pois é somente para pagamento e pouco fazemos no sentido de digitar no caixa. Estava tranqüila com nossa decisão até que na terça-feira passada 06/09, uma amiga nossa, também lesada, que estava de férias, nos viu trabalhando no caixa e me confidenciou que vai denunciar ao CRP que estamos no caixa.

Comentei o fato com o gerente, pois tive dificuldade de raciocinar de imediato pois fiquei muito abalada e nervosa (agora me sinto mal em ter agido assim e fico sem saber o que é certo o que é errado). Eu só queria voltar a trabalhar em paz sem tanta pressão de todos.

Desculpe o desabafo e obrigada por tudo!

P.S.: eu participei sim do último Encontro sobre LER lá na Faculdade de Medicina Pública. Parabéns a todos da AFUBESP pelo empenho e esforço que estão tendo por nós em especial ao Dr. ... e ao Dr....

333

Não me sinto totalmente curada mas estou bem melhor. Acho que o tratamento e a mudança do local de trabalho (de CESER para agência) me ajudaram bastante. Tenho limitações, mas aprendi a conviver com elas. Até o momento consegui administrar minha vida dentro desta nova realidade. me sinto bem e útil profissionalmente.

334

Estou com problemas há mais ou menos uns 14 anos, estou desanimada, triste porque o tempo passa e o problema com minha mão não para, a dor que sinto é uma constante, acordo e durmo com ela, é uma convivência desagradável para mim, é como um fantasma que me acompanha.

Por mais tratamento que eu faça não sinto melhora, mesmo depois de uma cirurgia não tive muita melhora. O médico Dr.... disse que se continuar assim terei de operar novamente, meu estômago não está bem porque tomo tanto remédio, que estão acabando com ele.

Sabe o que me deixa muito triste é que mesmo depois que eu me aposentar eu não deixo essa droga, ela não se aposenta, vai comigo, enquanto eu viver terei esse problema. Isso acaba comigo, me deixa desanimada, pra baixo mesmo.

335

Em março de 1994, fiz 19 sessões de fisioterapia e coloquei tala no punho por uma semana. Após este prazo, retornei ao serviço em outra função, durante 3 meses, ao final dos quais retornei a minha função original.

Em agosto próximo passado, comecei a ter os mesmos sintomas e retornando ao médico ele diagnosticou outra vez como tenossinovite.

Trabalho no setor de tributos, no CESER da minha agência. Gosto do trabalho, apesar do fato de se ficar o tempo todo somando me fazer sentir dores.

Mas eu gostaria que houvesse uma melhor compreensão do problema por parte dos colegas, principalmente, pelo fato de que todos estamos sujeitos a esse problema.

Espero que um dia a LER seja aceita como um fato real, e não como “fricotes” como atualmente pensam colegas e a diretoria do Banco.

Espero, também, ver extinta a expressão “LER deza”, que atualmente se ouve quando dizemos o nosso problema.

336

Seria bom que a administração das agências, principalmente na baixada Santista, tivessem maiores esclarecimentos a respeito da LER, pois a maioria dos chefes acredita que o funcionário não tem doença alguma, que qualquer um que chegar ao médico, consegue ser afastado só falando que está com a doença. Talvez pelo fato da doença não ser visível, eles desconfiam de todos aqueles que estão afastados. Também quando funcionário retorna ao trabalho ele é perseguido o tempo todo, não existe consideração pelo seu estado e houve casos em que o administrador disse que funcionário com restrição médica deve se aposentar definitivamente.

Nós os afastados, gostaríamos de maior apoio de todos, e eu, particularmente, tenho muito receio sobre meu retorno ao trabalho. Seria bom, também, que tivéssemos alguns esclarecimentos sobre nossos direitos, benefícios, perdas com o afastamento, pois a dúvida sobre todos os assuntos é geral e o pior que as respostas são as mais variadas possíveis, complicando ainda mais.

337

O que mais me aflige é a falta de informações com relação aos tratamentos. Os medicamentos são fortes e praticamente de nada adiantam. Fiquei afastada 75 dias, regressei há menos de 3 semanas e as dores voltaram muito fortes. Antes somente o braço direito, o ombro direito estavam afetados; hoje, também, no esquerdo sinto dores, apesar do repouso que foi feito.

Apesar de toda a competência de meu médico (Dr. ...), gostaria que me enviassem nomes, endereços, enfim, indicações de profissionais que conheçam já ter obtido resultados positivos na melhora das dores, uma vez que tenho conhecimento que a cura talvez esteja um pouco distante ainda.

Estou a disposição para qualquer tipo de trabalho que queiram levar até nossos colegas, pois sei que o problema é sério e precisa ser debelado. Aguardo resposta, obrigada.

338

1. Estive no Encontro dos Banespianos com LER realizado pela AFUBESP.

2- Os primeiros sintomas da LER ocorreram há muitos atrás (não posso me certificar do mês/ano). Acontece que os médicos não diagnosticaram a doença. Então imobilizaram por uma semana, 10 dias e eu acabava voltando às minhas atividades normais.

3-Faço sessões de psicoterapia há aproximadamente 3 anos; talvez, isso tenha me ajudado a encarar melhor a doença. Me recordo do primeiro médico que fui. Quando fiz a eletroneuromiografia, ele queria me afastar das minhas atividades e eu relutei para que não, pois a princípio, tinha sensação de inutilidade e além disso poderia atrapalhar minha carreira no Banco.

4- É interessante, às vezes me sinto muito bem, quase sem dor. Mas tem dias que é insuportável. Tudo parece influenciar: a tensão pré-menstrual, tempo, estado emocional.

339

Estou extremamente bem e muito feliz trabalhando.

Retornei ao trabalho acerca de 1 ano e meio mais ou menos e fui muito bem recebida pela administração de minha agência.

Fui readaptada de acordo com as minhas capacidades e embora, ainda hoje, tenha alguns limites, procuro respeitá-los em minha rotina diária para que não venha piorar novamente.

Tenho trabalhado normalmente reintegrada ao meu ambiente de trabalho.

340

Sinto dores periódicas nos dedos da mão direita (lesada ou lesionada).As dores são semelhantes a uma queimadura nos tendões, há ardência nos tendões dos dedos.

A frequência com que ocorre é aproximadamente 1 vez por mês e dura aproximadamente 1 dia.

341

É desanimador, continuar fazendo fisioterapia, tomando remédios, ter algumas atividades diminuídas (digitação) e continuar trabalhando, mesmo que em outra função, e piorar, principalmente, de ficar inválida. Por outro lado, evito de todas as maneiras de voltar a ficar afastada novamente, pois isso dá um sentimento de inutilidade muito grande, levando a depressão, além do que por não ser uma doença exposta sinto-me mal diante dos outros.

342

Desde que senti as primeiras dores fui ao médico e segui sempre as orientações médicas, tentei me ajudar evitando esforços e procurando tratamento alternativos.

Informo que não enviei esse relatório antes pois o mesmo tinha sido enviado para meu endereço anterior ao que moro no momento. Solicito alteração do mesmo.

Em 04.10.91 eu estava trabalhando quando subitamente houve enrijecimento das mãos e dedos. Corri para o Hospital Casa de Saúde de Campinas e fui atendida por um ortopedista que me imobilizou o braço direito. Levei o atestado com o diagnóstico LER para a agência e não foi providenciada a abertura da CAT. Novamente, em 05.11.91, fui afastada e, novamente, não assinaram a CAT. Fui alertada para ir ao DSO e depois disso a agência passou a agir corretamente.

Obs.: antes de acontecer a paralisação da minha mão eu já sentia dores fortes e contínuas há uns seis meses. Reclamei com a chefia e não fui compreendida. Sofri muito neste período e tive várias crises de choro no banco.

Atualmente estou afastada, desde 28.01.93. Apesar do tratamento que faço todas as semanas com o acupunturista (neuro-psiquiatra), o fisioterapeuta e RPG, sinto fortes dores no pescoço, coluna cervical, ombros, cotovelos, braços, punhos e dedos. Acho que meu tendão encurtou.

Quero relatar aqui fatos que acontecem e que acho desumano com um funcionário que durante anos dedicou a maior parte do tempo em serviços para o banco, visando sempre o lucro dessa instituição.

Em outubro/93, quando obtive alta do meu médico e do INSS, por apresentar considerável melhora, voltei a trabalhar, mas em agência pois a CESER fechara. Por se tratar de uma agência nova e pequena, achei que teria uma boa oportunidade para bom desempenho e aprender novos serviços. Lá cheguei, e entreguei à gerência uma carta do meu médico, alertando que eu não poderia fazer certos tipos de serviços, pois estava de alta provisória. Logo que comecei, colocaram-me para fazer serviço de retaguarda, pois com a extinção da CESER ninguém sabia fazer o serviço, e com a promessa que seria por pouco tempo e depois faria outro serviço, fiquei 2 meses e depois fui para a central de atendimento, aonde fazia de tudo um pouco: abertura de conta, poupança, débito em conta, etc.

E também esclareci minha chefia que precisava uma vez por mês, fazer acompanhamento médico, o que não fiz, pois cada vez em que falava em ir ao médico, só queriam saber como é que eu ia fazer para repor o horário. Acabava desistindo e, em um ano, fui 3 vezes, ainda porque o DSO me mandou alguns relatórios para o médico preencher. Quando foi em março, sentia dores novamente, fiz outro exame, e voltou a acusar o meu problema, mas por profissionalismo não me afastei; eu mesma procurei me ajudar, mas fiquei muito desanimada quando me disseram que ninguém se responsabilizaria pelo que viesse a acontecer comigo, mas quando ameacei em ir ao DSO resolveram mudar de opinião. Daí em diante continuei meu serviço, dias passando bem, dias com muita dor e desânimo. Quero ressaltar que em nenhum momento fui poupada de algum serviço; eu é que me continha e com ajuda de colegas, pois são passados os mais diversos serviços. Agora, em outubro, tirei 20 dias de férias e quando voltei me foi passado os serviços que mais exigem esforços repetitivos, pois um colega responsável pelo setor está saindo de férias (ações, seguro, mapas de produção e fora o serviço diário de rotina, como abertura de conta, etc.). Logo no primeiro dia tive que passar ordens de comprar ações pelo telex, ainda tive que aprender a lidar com telex, fiquei digitando mais ou menos 2 horas seguidas. Resultado: não dormi a noite toda de dor, e nunca mais passou.

Eu acho muita sacanagem fazerem isso comigo. Se existem outros funcionários que poderiam fazer esse serviço, pois envolve justamente tudo o que não poderia fazer (telex, terminal, datilografia, micro).

Não estou reclamando de ter que trabalhar, isso de maneira nenhuma, pois fui sempre uma funcionária fiel e dedicada a empresa. Eu não ia nem responder a esse questionário, mas devidos as circunstâncias achei necessário. Como eu deve ter mais funcionários passando pelo mesmo problema, e acho uma injustiça muito grande.

Não que me afastassem, pois com o colega em férias não teria ninguém para ficar na secção após as 14:30 horas, mas acho que tomarei alguma atitude.

Estou chateada, desanimada e revoltada. Não adianta carta de médico, DSO, conversas; ninguém tem consideração com os funcionários.

Estou tão ruim quanto quando me afastei. Sinceramente não sei mais o que fazer. Peço que me auxiliem dizendo que atitude tomar, pois não gostaria de ser prejudicada mais ainda pelo Banco, porque pelo que todos sabemos estamos passando por uma crise muito séria, temos medo de demissão.

Obrigada pela atenção. Desculpe a letra.

345

Quero informá-los que estava presente ao Encontro e que fui uma das muitas pessoas que deixaram nome e endereço para receber, posteriormente uma pasta com informações sobre LER que até o momento não recebi. Também, fui uma das muitas que aguardou, pacientemente, arranjar uma sala para que pudessemos participar de um grupo de discussões.

Espero que a AFUBESP tenha aprendido e percebido que a LER é um problema sério e que um Encontro nacional como esse deveria ter sido feito em um lugar maior e que o mesmo deveria ter sido melhor organizado, mas, mesmo assim acho que foi válido.

Quanto ao questionário, não o respondi , pois já o fiz no Encontro.

Aguardando receber as informações sobre LER que nos foi prometida e esperando sucesso nas negociações para que tenhamos progresso nas cláusulas referente à saúde, me despeço, muito atenciosamente.

346

Bancária há 15 anos, sempre com toda dedicação possível, caixa pelo prazer , por ser bem prático estar diretamente com o povão, pela graninha a mais que a gente ganha, enfim o importante para mim era e é, trabalhar, seja no caixa, aonde for (qual setor tivesse sido tenho certeza que a decisão seria a mesma). Pedi desligamento por alguns meses por achar que estivesse com algum problema no estômago, devido o horário do almoço muito rápido; retornei há uns 4 ou 5 anos e não mais saí até a data de hoje; quanto aos sintomas do braço, começaram logo depois; comentava com alguns colegas sobre dores depois e durante o período do trabalho, resolvi procurar médico, consultar um clínico geral devido os locais que eu reclamava das dores que se localizava nas juntas e resultados do exames feito é que se trata de reumatismo. Tomei uma série de remédios, inclusive uma boa quantia de benzetacil, injeçãozinha danada; resolvi procurar outro, também clínico geral e ortopedista. Fiz outra série de exames novamente, segundo ele, acusara reumatismo novamente; reclamei quanto às dores,

conversamos sobre o meu trabalho e ele disse que (ou seja fez um leve comentário) que talvez fosse a posição que eu trabalho. foi se passando o tempo e eu sempre procurando uma resposta para o cansaço que sentia e as dores pareciam aumentar, em vez de diminuir. Líamos os jornais que começaram a circular, que falavam sobre LER, e confesso pensava por várias vezes em sair do caixa, mas ao mesmo tempo era orientada e acompanhada pela comissão de caixa que não iria resolver eu sair sem respostas sobre os números devidos que eu e todos nós tínhamos, etc. e trocar de setor ir para um para um outro que fosse dar continuidade do processo repetitivo. Os jornais e os médicos do DSO escreviam sobre o problema que teríamos de procurar um cirurgião de mão (ortopedista). Um certo dia, eu e mais uma colega minha, resolvemos procurar um especialista nessa área e ele disse que várias pessoas reclamavam sobre este mesmo problema, só que ele não poderia fazer muita coisa, pois os resultados sobre LER eram muito vagos e ele não poderia nos diagnosticar apenas pelo que falávamos. Fiz novamente todos os exames que ele me pediu, inclusive do coração, pois acusava novamente reumatismo, e toma remédio outra vez! Dei uma pausa de lá para cá, pois até me operar da garganta um clínico geral queria, devido aos resultados dos exames feitos. Cheguei até a procurar um otorrino para poder me acalmar e que me esclareceu que não precisava chegar a tal ponto de operar. Segundo os exames, novamente feitos, resolvi aliviar as tensões e dores por minha própria conta, ou seja, de acordo com o que circulavam nos jornais e ligações para o DSO, e conversar com alguns médicos, que no momento não lembro os nomes. Orientavam para que a gente diminuísse o ritmo, trabalhasse com mais calma; resolvi seguir as orientações, só que já me encontrava, na altura do campeonato, bastante atingida. Não só fisicamente, como, também, emocionalmente, pois eu estava sentindo na pele que eu estava trabalhando bastante desanimada, sem aquele pique que sempre tive. Um dia, conversando com minha chefe, ela me falou sobre um médico colega dela (ultrassonografia geral) e fiz a primeira de uma série de exames com ele e todos acusavam “TENDINITE CRÔNICA”, “LESÃO DO MANGUITO ROTADOR”, “POSSÍVEL BURSITE”, “INFLAMAÇÃO DO BÍCEPS”, etc.

Quando procurei outro médico “ortopedista”, já com o primeiro exame, ele me disse que tudo não passava de desânimo meu; apertou minha mão e me mandou trabalhar mais uns 10 anos que não tinha nada; apenas me mandou fazer 10 sessões de fisioterapia, após ou antes de eu começar a trabalhar, e que ficasse ao meu critério, o horário. Orientada pelo médico que me fez os exames, me mandou procurar um determinado ortopedista com excelente referência médica. Procurei e, com sinceridade, eu já estava até com vergonha de tanto repetir a mesma história, mesmo sentindo em mim já uma certa resistência, com relação a não respostas dos meus sintomas achando que tudo fosse psicológico mesmo. Ele me mandou fazer 10 sessões de fisioterapia e até um possível afastamento. Confesso que eu fiquei insegura quanto a observação dele e resolvi procurar outro médico e encontrei o Dr. Ortopedista que me esclareceu quanto a gravidade dos fatos encontrados e resolveu também me afastar; até pegou o telefone e conversou diretamente com a administração, pois eu estava no consultório dele, bastante nervosa e muito preocupada; e confesso, nesse dia me senti aborrecida. Pedi a ele que colocasse no papel 90 dias, apenas para não me assustar muito, mesmo sabendo que a licença seria indeterminada. Voltei para a agência com a licença numa sexta-feira depois de um feriado e resolvi chegar a administração, quando fui bastante compreendida e respeitada. Apesar dos meus sentimentos, assim dizendo, houve até brincadeiras, apenas para que eu me

descontraísse pois a tensão era muita. Senti todo o apoio não só da administração como também da gerência e os colegas.....sem comentários.

Estou em casa, faço fisioterapia. E só comecei a fazer terapia quando a necessidade chegou achando que eu poderia segurar essa barra sozinha. ã colegas: estar em casa por férias é diferente de estar por licença, perícia, fins de semana e 120 dias de licença maternidade e não poder fazer tudo.É tão diferente de estar em casa apenas lendo e esperando Recuperar e voltar.após repouso total. E não cumpri-lo é estar enganando você mesma.

III. SIGLAS*

AFUBESP: Associação dos Funcionários do Conglomerado do banco do Estado de São Paulo e da Caixa Beneficente do Banco do Estado de São Paulo

AUDIT: Auditoria de Serviços e de Pessoal.

CAT: Comunicação de Acidentes do Trabalho

CABESP: Caixa Beneficente do Banco do Estado

CESAT: Centro de Referência de Saúde do Trabalhador

CESER: Centralizadora de Serviços de Retaguarda..

CIPA: Comissão Interna de Prevenção de Acidentes

CRP: Centro de Recuperação Profissional do INSS

DEPRO/NRS: Departamento de Processamento de Dados/Núcleo Regional de Serviços.de São Paulo

DEREP: Departamento de Relações de Pessoal.

DIREP: Diretoria de Representantes

DIRHU: Diretoria de Recursos Humanos.

DSO: Departamento de Saúde Ocupacional.

DSORT: Departamento de Saúde Ocupacional e Relações de Trabalho

INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, órgão extinto referido como se fosse o INSS

INSS: Instituto Nacional de Seguridade Social

JRPS: Junta de Recursos da Previdência Social.

NUSAT: Núcleo de Saúde e Trabalho da AFUBESP

PAB: Posto de Assistência Bancária

RPG: Reeducação Postural Global.

SEEB: Sindicato dos Empregados em Estabelecimentos Bancários

* Muitos dos órgãos do BANESPA simbolizados por essas siglas foram extintos com a reforma do Banco, ainda em curso e suas atribuições assumidas por outros.