

ANNA CAROLINA ARENA SIQUEIRA

**Os significados atribuídos às LER/DORT na relação médico-paciente:
um estudo entre médicos peritos do INSS/SP e pacientes portadores de
LER/DORT usuários do CEREST/SP**

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo a obtenção do título de
mestre em Ciências

Área de concentração: Medicina Preventiva

Orientadora: Profa. Dra. Márcia Thereza Couto Falcão

São Paulo

2007

“Para minha família, para minha amiga
Miriam e para **Reinaldo**, pelo apoio, pelo
carinho e paciência.”

AGRADECIMENTOS

“A viagem mais importante que podemos fazer na vida é encontrar pessoas pelo caminho” (autor desconhecido)

Agradeço à Capes pelo fomento financeiro a pesquisa através da bolsa de mestrado.

À equipe maravilhosa do CEREST/SP: Kal, Maria, Marcinha, Alice, Dani, Paty, Andréa, meus colegas aprimorandos, Mari, Leny, Andréa, Cris, Mônica, Jun, Felipe, local onde recebi apoio, incentivo e ajuda para execução da pesquisa.

Ao INSS/SP por ter aberto as portas de sua estrutura à investigação.

Aos portadores de LER/DORT e médicos peritos que cederam seu tempo e suas histórias, elemento fundante deste trabalho.

À professora Márcia Thereza Couto Falcão que, desde o primeiro contato, se dispôs a orientar o trabalho e a aluna, tarefa que desempenhou com doçura, energia e dedicação.

A todos os professores, profissionais e alunos do Programa de Pós-Graduação em Medicina Preventiva, pelo acolhimento, pela paciência, pela instrução, pela consideração que dispensam aos alunos. Em especial à professora Lilia Schraiber e Ana Flávia d'Oliveira pelas preciosas considerações na banca de qualificação. A Lígia Kiss, Ricardo Góes, Wagner Figueiredo, pelo suporte e simpatia. Ao professor José Ricardo

Ayres que me orientou durante a realização PAE. A Lílian da secretaria da Pós-graduação, pelas informações e pelo carinho.

À professora Cida Basile e Gladys, pessoas que conheci quando entrei no PAE. Agradeço pelo carinho, pelo respeito e pela solicitude.

À professora Cyntia Sarti, pelas importantes considerações na banca de qualificação, que muito enriqueceram o trabalho.

Ao professor Reinaldo, que teve a difícil tarefa de corrigir o texto sem alterar seu sentido.

Aos amigos que fiz enquanto fisioterapeuta, especialmente Mônica, Mera e Cris, que acompanharam ternamente minha trajetória e amadurecimento enquanto pesquisadora e, Lu e André, já mestre e doutor, que me incentivaram a prosseguir na tarefa de “carregar piano”.

À minha família, Mamy, Nina, Pota, Uncle, Cris e Cláu que, desde a infância, apoiaram meu gosto pelo estudo e, com muito sacrifício, subsidiaram e incentivaram essa empreitada. Agradeço, também a duas pessoas que já se foram, a meu pai, que me ensinou a tocar meus projetos em frente, à minha Nona, que abdicou de suas vontades para edificar a família.

À família Cavallini Bajjani, que considero como minha, pela presença positiva em minha vida, apoiando meu crescimento físico, emocional e profissional. Agradeço a minha amiga Miriam, que nunca duvidou de minha capacidade e com quem divido muitas angustias e felicidades.

Agradeço a meu companheiro, Reinaldo “Piolho”, pela caminhada que percorre comigo há quase 10 anos, pela dedicação, pela paciência, pela compreensão, pelo amor.

Quem morre?

“Morre lentamente...quem não viaja, quem não lê, quem não ouve música, quem não encontra graça em si mesmo.

Morre lentamente...quem destrói o seu amor-próprio, quem não se deixa ajudar.

Morre lentamente...quem se transforma em escravo do hábito, repetindo todos os dias os mesmos trajetos, quem não muda de marca, não se arrisca a vestir uma nova cor ou não conversa com quem não conhece.

Morre lentamente... quem faz da televisão o seu guru.

Morre lentamente quem evita uma paixão, quem prefere o negro sobre o branco e os pontos sobre os "is" em detrimento de um redemoinho de emoções justamente as que resgatam o brilho dos olhos, sorrisos dos bocejos, corações aos tropeços e sentimentos.

Morre lentamente...Quem não vira a mesa quando está infeliz como seu trabalho, quem não arrisca o certo pelo incerto para ir atrás de um sonho, quem não se permite pelo menos uma vez na vida fugir dos conselhos sensatos.Morre lentamente ... quem passa os dias queixando-se da sua má sorte ou da chuva incessante.

Morre lentamente, quem abandona um projeto antes de iniciá-lo, não pergunta sobre um assunto que desconhece ou não responde quando lhe indagam sobre algo que sabe.

Evitemos a morte em doses suaves,recordando sempre que estar vivo exige um esforço muito maior que o simples ato de respirar. Somente a perseverança fará com que conquistemos um estágio esplêndido de felicidade.”

(Pablo Neruda)

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA

AGRADECIMENTOS

RESUMO

SUMMARY

APRESENTAÇÃO.....	1
Os caminhos que levaram a pesquisadora ao objeto.....	2
O estudo em sua complexidade.....	4
1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA	7
1.1. Um breve histórico sobre as LER/DORT	10
2. REFERENCIAL CONCEITUAL	17
2.1. As representações sociais e o conceito de saúde/doença.....	18
2.2. A relação médico-paciente: considerações acerca do momento da consulta.....	22
2.3. A relação médico-paciente no estudo.....	25
3. OBJETIVOS.....	28
4. METODOLOGIA.....	30
4.1. O campo de estudo e os sujeitos de pesquisa	33
4.1.1. O estudo com os pacientes	33
4.1.2. O estudo com os médicos peritos do INSS/SP.....	37
4.2. Análise dos dados.....	41
4.3. Considerações acerca do campo de pesquisa.....	44
5- ASPECTOS ÉTICOS.....	46

6. O CEREST E O INSS COMO ESPAÇOS DE PRODUÇÃO DE REPRESENTAÇÕES DE TRABALHADORES E MÉDICOS ACERCA DO ADOECIMENTO E DA SEGURIDADE	47
6.1. O CEREST/SP: Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de São Paulo.....	48
6.1.1. O Programa de Tratamento e Reabilitação e sua relevância no estudo.....	51
6.2. O INSS enquanto campo de pesquisa e ator no processo de transformação na relação médico-paciente para a sociedade brasileira.....	58
6.3. (Des)Encontro da assistência com a previdência.....	62
7. OS SUJEITOS DO ESTUDO	68
7.1. Os médicos peritos	68
7.1.1. O indivíduo: do ‘quem sou’ ao ‘o que sou’.....	69
7.1.2. A Formação e a carreira médica	71
7.1.3. O significado de ser médico perito	76
7.2. Os trabalhadores portadores de LER/DORT.....	81
7.2.1. Os indivíduos.....	81
7.2.2. A história do trabalho: o palco do adoecimento	85
7.2.3. O significado do trabalho e a perda da autonomia profissional.....	92

8. O RESPONSÁVEL PELO ENCONTRO ENTRE OS SUJEITOS DA PESQUISA:AS LER/DORT	98
8.1 A construção do significado das LER/DORT para os médicos peritos.....	98
8.2. A construção do significado das LER/DORT a partir da experiência dos portadores	107
9. O ENCONTRO SIMBÓLICO DOS SUJEITOS: ANÁLISE TEMÁTICA DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NO CONTEXTO DE PERÍCIA MÉDICA.....	133
9.1. A consulta pericial para os portadores de LER/DORT.....	136
9.1.1 Pré-consulta: a ante-sala da perícia médica.....	136
9.1.2. O encontro simbólico e o julgamento da capacidade para o trabalho.....	142
a) Onde é a perícia?.....	143
b) Como é mesmo seu nome, Dr.?.....	144
c). A experiência do encontro e a construção do universo simbólico acerca da consulta pericial.....	147
9.1.3. Pós- consulta: o resultado da perícia e a reorganização do futuro.....	156
9.2. A relação médico-paciente a partir da experiência do médico.....	161
9.2.1. O médico perito e o médico assistente: um <i>embate de "papéis"</i>	162

9.2.2. A construção do significado da consulta médica no espaço previdenciário.....	167
9.2.3. Problemas presentes e o futuro da perícia médica no INSS/SP.....	180
10. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	187
11. ANEXOS.....	197
ANEXO A – Roteiro de entrevista para trabalhadores portadores de LER/DORT do CEREST/SP.....	197
ANEXO B – Roteiro de entrevista para médicos peritos previdenciários do INSS/SP.....	199
ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO...201	
ANEXO D – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA CAPPESQ.....	203
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	204

RESUMO

SIQUEIRA, AC. *Os significados atribuídos às LER/DORT na relação médico-paciente: um estudo entre médicos peritos do INSS e pacientes portadores de LER/DORT usuários do CEREST/SP*. [Dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2007.

O presente trabalho objetivou a apreensão dos significados e concepções acerca do adoecimento pelas LER/DORT, para médicos peritos do INSS/SP e portadores de LER/DORT do CEREST/SP. Para tanto, foi empregada metodologia qualitativa, utilizando-se como instrumento de coleta de dados a entrevista em profundidade, com roteiros distintos para médicos peritos e portadores de LER/DORT. Foram entrevistados três médicos peritos, todos do sexo masculino, com idades entre 50 e 65 anos e mais de 10 anos de experiência em perícias médicas e, no outro pólo da investigação, participaram do estudo seis portadores de LER/DORT, pacientes do serviço de atendimento ambulatorial do CEREST/SP, sendo cinco do sexo feminino e um do sexo masculino, com idades entre 35 e 55 anos, todos empregados no setor de serviços e em afastamento pelo INSS. Ao material coletado foi aplicada análise de conteúdo temática da qual foram extraídos três eixos temáticos mais abrangentes: os sujeitos de pesquisa, o trabalho e a relação médico-paciente em contexto de perícia médica. Foi possível apreender que a relação médico-paciente que se estabelece entre peritos e portadores de LER/DORT é peculiar já que, a perícia consiste em ambiente de consulta

médica permeado pelo julgamento da lei previdenciária. Nesse contexto, ocorre o embate entre portadores de LER/DORT, que levam ao momento da perícia a expectativa do atendimento direcionado à assistência e do reconhecimento de sua condição, e médicos peritos, cuja atuação está direcionada à determinação da capacidade para o trabalho e limitada por normas institucionais, fator de tolhimento ao exercício de sua autonomia profissional.

Descritores: pesquisa qualitativa, relações médico-paciente, Previdência Social, transtornos traumáticos cumulativos, entrevistas, médicos, homens.

SUMMARY

SIQUEIRA, AC. *The meanings attributed to RSI in doctor-patient relation: a study amongst medical examiners from INSS and patients with RSI from CEREST/SP*. [Dissertation]. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2007.

The present work has aimed at the comprehension of meanings and conceptions concerning RSI illnesses to INSS/SP medical examiners and RSI patients from CEREST/SP. In order to achieve that, the qualitative methodology was chosen making use of thorough questioning as an instrument of data collection, having distinct scripts to medical examiners and RSI patients. Three medical examiners were interviewed, all male, ranging from 50 to 65 years old, having at least 10 years of experience as professionals in the area. On the other side of the investigation, six patients with RSI from the ambulatory care CEREST/SP were interviewed, 5 female and 1 male, ranging from 35 to 55 years old, all employees to the service sector on leave of absence by the INSS. Thematic content analysis was applied to the collected material, from which three main thematic axes were extracted: the subjects to this study, the work and the doctor-patient relation regarding medical examination. It has been possible to comprehend that the relation doctor-patient established among examiners and patients with RSI is peculiar, since the examination takes place in a doctor's office environment permeated by the judgment of the social security law. Within this context,

there is a hassle among RSI patients, who take to the moment of their examination their apprehension directed to the assistance and recognition of their condition, and medical examiners, whose expertise is directed to the establishment of the work capability limited by institutional rules, what is a restricting factor in the exercise of their professional autonomy.

Descriptors: qualitative research, physician-patient relations, Social security, cumulative trauma disorders, interviews, physicians, men.

APRESENTAÇÃO

As representações sociais acerca da relação médico-paciente para os diversos segmentos da sociedade contemporânea, são assunto freqüentemente estudado nos campos das Ciências Sociais e da Saúde (Herzlich, 1991; Sarti, 1991; Caprara e Rodrigues, 2005). Elas são construídas por meio das relações sociais, configurando-se em produção coletiva que se obtém através do compartilhamento de universos simbólicos entre os indivíduos e sua cultura; são leitura da realidade concreta pelos processos de significação (Denzin e Lincoln, 1994).

Cada investigação representa um recorte da realidade e, esse recorte, por sua vez, é feito de acordo com o direcionamento da análise escolhido pelo pesquisador. Nesta dissertação, o objeto de estudo foi a relação médico-paciente que se estabelece entre pacientes portadores de LER/DORT¹ do CEREST/SP² e médicos peritos do INSS/SP³, tendo como contexto do encontro a situação de perícia médica. Para um melhor entendimento desse objeto, e das razões que levaram a seu estudo, é necessário contextualizá-lo na trajetória de vida da pesquisadora.

¹ LER/DORT – Lesões por Esforços Repetitivos/ Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho

² CEREST/SP – Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de São Paulo

³ INSS/SP - Instituto Nacional de Seguro Social - São Paulo

Os caminhos que levaram a pesquisadora ao objeto

O presente estudo começou a ser conduzido, enquanto idéia, no ano de 2002 quando, pela primeira vez, entrei em contato com o cotidiano de atendimento de trabalhadores portadores de LER/DORT. Na qualidade de estagiária da PMSP (Prefeitura Municipal de São Paulo), na área de fisioterapia, desenvolvia, no CRST-Sé (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador Sé – “André Grabois”), atividades ambulatoriais com pacientes acometidos por doenças ocupacionais, principalmente os “tais” portadores de LER/DORT, até então, por mim identificados como portadores de algias músculo-esqueléticas crônicas.

Esses pacientes eram assíduos freqüentadores do serviço já que sua doença apresentava caráter crônico, dependendo de tratamento constante para alívio da sintomatologia. O tratamento servia como justificativa junto ao INSS para a manutenção do afastamento e, conseqüentemente, do benefício.

Por reestruturação do programa de estágios da PMSP, fui transferida para uma Unidade Básica de Saúde (UBS) localizada na periferia da Zona Norte de São Paulo, local em que nossa equipe de fisioterapeutas realizava atendimentos ambulatoriais gerais e continuou a promover atendimento à portadores de LER/DORT. Com isso, aqueles que eram atendidos por nossa equipe no CRST-Sé, por motivações pessoais e identificação com o tipo de trabalho desenvolvido, optaram por dar continuidade ao tipo de tratamento

fisioterápico que desenvolvíamos, apesar de manter o vínculo com esse Centro de Referência.

Paralelamente, durante o atendimento da demanda local, deparei-me com a problemática da subnotificação das LER/DORT. Diversos trabalhadores procuravam atendimento na UBS, em momentos de crise, pela proximidade de sua residência e superlotação dos Prontos Socorros. A queixa que os levava ao serviço era a dor aguda e outros sintomas claramente relacionados a sua atividade laborativa. Após o atendimento, retornavam ao posto de trabalho sem qualquer tipo de notificação, apenas o atestado do horário de permanência na unidade de saúde. Nessa UBS, muito era discutido entre os funcionários da equipe de saúde sobre os encaminhamentos necessários nessas situações mas, pouco conseguia ser levado à prática por deficiências intrínsecas ao conjunto das ações no SUS (Sistema Único de Saúde). Minha equipe adotou como procedimento o direcionamento desses casos para os Centros de Referência em Saúde do Trabalhador.

Concluída minha graduação em fisioterapia, procurei pós-graduação na área de Saúde do Trabalhador/Saúde Coletiva, com a vontade de permanecer em contexto de atenção primária. Contudo, apesar de ingressar em programa de aprimoramento profissional na área de saúde do trabalhador, não estava mais em atenção primária mas, em serviço subordinado a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, no CEREST/SP (Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de

São Paulo). A inserção nesse serviço foi crucial para o encadeamento de fatos que levaram ao desenvolvimento desta investigação.

No CEREST/SP, por se tratar de serviço de referência estadual, além do contato com pacientes, me aproximei de debates relacionados a elaboração de políticas públicas em saúde do trabalhador. Nesse serviço, apesar das limitações impostas pelo SUS, é pressuposta a agregação entre políticas de saúde e prática clínica, simultaneamente a proposta de elaboração das políticas de acordo com a experiência do cotidiano do serviço. Consegui, então, aprofundar o olhar em relação a questões que me acompanhavam desde a época de graduação. Para algumas, obtive resposta; para outras, tive de sair a campo procurando pessoas e elementos que contivessem explicações. Uma delas, acredito que a mais intrigante, me trouxe até aqui.

O estudo em sua complexidade

Tendo em vista o apresentado, as questões que fomentaram a concepção deste trabalho nasceram em contexto ambulatorial de assistência pública à saúde do trabalhador. Por isso, o primeiro olhar sobre os sujeitos de pesquisa foi tomado sob a ótica de sua inserção no mundo do trabalho, destacados trabalhadores portadores de LER/DORT e, no outro pólo da investigação, um subgrupo de sujeitos que a eles estava relacionado nesse campo de conhecimento, os médicos peritos previdenciários do INSS/SP. Contudo, para que fosse alcançado um olhar mais amplo sobre os universos simbólicos que circundaram esses indivíduos, determinante na construção

de suas representações sociais, os limites da abordagem de aspectos relacionados exclusivamente ao campo de conhecimento da saúde do trabalhador foram extrapolados e, outras questões referentes a complexidade de produção social desses sujeitos, foram investigadas.

Quanto ao encontro entre os sujeitos de pesquisa, se faz necessário esclarecer que representou encontro já que, de fato, a interação médico-paciente aconteceu. Esse evento deve ser considerado encontro com a condição de responder a esfera simbólica, uma vez que, não ocorreu de forma pareada e efetiva entre os sujeitos, ou seja, cada portador de LER/DORT entrevistado com cada médico perito, mas representou as consultas periciais que aconteceram entre médicos peritos e portadores de LER/DORT repetidas vezes durante sua trajetória no INSS e, continuam a acontecer, repetidamente, entre outros médicos peritos e portadores de LER/DORT nos grilhões da estrutura médico previdenciária brasileira.

A peculiaridade no tratamento do objeto, a relação médico-paciente, reside no fato de que a perícia médica, momento em que aconteceu o encontro simbólico entre os sujeitos de pesquisa, não se configura em consulta médica tradicional, em que é creditado conhecimento favorável ao paciente. Esse tipo de consulta se dá em ambiente de insegurança, dúvida e descrédito atribuídos mutuamente entre médico e paciente, nesse contexto, perito e segurado. Os peritos são submetidos ao distanciamento de sua atuação sobre o processo saúde-doença em prol do julgamento do direito

previdenciário; os segurados são classificados por critérios de capacidade ou incapacidade para o trabalho.

Com a finalidade de construir uma análise capaz de responder à complexidade do objeto, ela foi subdividida em quatro capítulos. O primeiro capítulo contém uma reflexão sobre os contextos sociais de produção dos sujeitos na relação com o adoecimento (o CEREST/SP), bem como o contexto do sistema previdenciário (INSS/SP), espaço no qual se desenrolam as relações dos portadores de LER/DORT e dos médicos peritos no tocante à seguridade social.

O segundo capítulo consiste em convite ao encontro com os sujeitos de pesquisa, portadores de LER/DORT e médicos peritos, destacando suas características e relações com o mundo do trabalho.

O terceiro capítulo tratou do elemento responsável pelo encontro simbólico entre os sujeitos, o adoecimento pelas LER/DORT, explorando o aspecto da construção do significado da doença vivida, para os portadores, e avaliada, para os médicos.

A análise dos achados referentes a ocorrência do encontro simbólico por meio da consulta pericial e as representações sociais relacionadas às LER/DORT foram discutidos no quarto capítulo, último da análise de conteúdo temática.

1. INTRODUÇÃO E JUSTIFICATIVA

Os fenômenos que envolvem a relação saúde, doença e trabalho são frutos de observação desde a Antigüidade. Georg Bauer foi o primeiro médico a registrar suas observações sobre o trabalho de mineradores (em minas de metal) na Europa Central. Em 1526 foi designado para o cargo de médico oficial na cidade de mineração de Jochimsthal, a qual acabou por se tornar seu campo de pesquisa por vinte e nove anos. Sua maior contribuição reside na descrição dos acidentes de trabalho nas minas e de uma doença pulmonar, comum entre os mineiros, de quadro clínico análogo a silicose⁴, tuberculose e câncer pulmonar (SOS, 1970).

Paracelsus, que em suas viagens pela Europa conviveu com diversas classes sociais, foi responsável pelo estudo dos metais sobre o organismo humano e introdução do mercúrio, enxofre e ferro na terapêutica médica. Descreveu com riqueza de detalhes a doença pulmonar que atacava os mineiros, a qual denominou tísica (SOS, 1970).

A publicação científica pioneira a relacionar trabalho e patologia humana nasceu das observações de Bernardino Ramazzini. Até hoje é intitulado "*Pai da medicina do Trabalho*" já que adicionou a medicina hipocrática pergunta significativa: "qual a sua profissão?" Em suas próprias palavras: "Quando era feita esta tarefa em minha casa (de esvaziar as

⁴ Silicose: "a silicose é um tipo de pneumoconiose conhecida desde a Antigüidade e causada por inalação de poeira contendo sílica cristalina" (Mendes, 2003, pág.1360). Assim, é considerada como doença tipicamente ocupacional. O acometimento por silicose predispõe o organismo humano a uma vasta gama de co-morbididades pulmonares e extrapulmonares como: tuberculose, enfisema pulmonar, limitação crônica ao fluxo aéreo, doenças auto-imunes e ao câncer (Mendes, 2003).

fossas), verifiquei que o limpador trabalhava nesse abismo infernal com precipitação e ansiedade. Impressionado com esse fato, perguntei por que se apressava tanto, respondendo-me o trabalhador que era prejudicial à saúde trabalhar mais que 4 horas na fossa, que poderia produzir cegueira, como havia ocorrido com outros companheiros. Efetivamente apresentava olhos inflamados” (SOS, 1970 pág.117).

A primeira edição de seu livro *“As doenças dos trabalhadores”* saiu em 1700 (SOS, 1970). Nesta obra, mais de cinquenta e dois ofícios foram observados quanto à relação saúde, doença e trabalho (Ramazzini, 1999).

Nesse período, ao identificar a relação entre o ofício e a patologia, os médicos nomeavam o quadro clínico incluindo a ocupação do adoecido, por exemplo: “(...) a câibra do leiteiro, espasmo da costureira e a clássica câibra do escrivão” (Maeno, 2001, pág.5).

A introdução de novas formas de produção pela Revolução Industrial (século XIX) transformou a relação homem/trabalho observada pelos autores supracitados. A mecanização do trabalho produziu um êxodo em direção às cidades, bem como a mudança nas condições de trabalho: os que antes aravam a terra, passaram a trabalhar no chão de fábrica (Wood, 1992; Almeida e Rouquyayol, 1999).

O século XX foi desbravado por novas ideologias de organização da produção industrial. Taylor e Ford revolucionaram o sistema de produção industrial com a implantação da redução do esforço humano nas linhas de montagem, aumento da produtividade e redução de custos. Contudo, enquanto a produtividade e o lucro das fábricas crescia geometricamente,

neste novo sistema, o trabalhador não tinha perspectivas em relação a sua carreira, já que era destituído do controle sobre os modos de produção, tudo ficava a cargo do gerente de produção (Wood, 1992).

Esse modelo de tradição *taylorista-fordista* tem se mantido vivo, formando um híbrido interessante às empresas, quando associado à ideologia capitalista de produção e organização do trabalho. Por estar embasado na fragmentação e simplificação das atividades⁵ e na cisão entre planejamento e execução, o trabalhador é expropriado do conhecimento ‘como fazer’, o qual recai sobre a maquinaria e é ditado pelos gerentes de produção (Wood, 1992). Desse modo, foi inserida a padronização e ritmicidades dos movimentos das tarefas ditadas pelas máquinas e pelos controladores dos postos de trabalho (Martins, 2004).

A expropriação do controle sobre os instrumentos (maquinaria) que viabilizam a produção levou o trabalhador a sobrecarga física e mental, uma vez que o “produzir” é ação conjugada ao contexto da organização do trabalho, da qual aquele é ator principal.

Por outro lado, pouco a pouco, a idéia de que o trabalho considerado pesado, com uso de força física, movimentação repetitiva, antes vistos como principais fatores para o adoecimento do trabalhador, foi suplantada por fatos observados a partir da metade do século XX. Até então acreditava-se que o trabalho considerado leve, que não exigisse força física, não produziria acometimento ao sistema músculo-esquelético.

⁵ Atividade: entenda-se por *atividade* o trabalho real, ou seja, todo o trabalho de elaboração mental e física, a partir dos conhecimentos do trabalhador acerca da atividade pedida para sua execução (Martins, 2004).

1.1. Um breve histórico sobre as LER/DORT

No Japão, a partir dos anos 50, observou-se um elevado número de trabalhadores com diagnóstico de tenossinovites ⁶ em punho e dedos (principalmente perfuradores de cartão). Em 1964, o Ministério do Trabalho japonês aprovou legislação que restringia o período de trabalho e estabelecia pausas durante a jornada. Em seguida, neste mesmo país, houve um aumento do número de trabalhadores adoecidos por “*síndrome cervicobraquial*” ⁷, reflexo da desatenção médica em relação às queixas que os acometidos por tenossinovite já relatavam (dor em pescoço e ombros). “Em 1969, o Ministério do Trabalho japonês reviu os critérios de indenização e mesmo as síndromes cervicobraquiais sem etiologia clínica definida passaram a ser consideradas” (Maeno, 2001, pág. 7).

Na década de 70 foi organizada a Associação da Saúde Industrial do Japão (Japan Association of Industrial Health) para lidar com o problema, e entre os anos de 1971 e 1974, definida nova nomenclatura para a “*síndrome cervicobraquial*”, que foi reconhecida como “*distúrbio cervicobraquial ocupacional*”. (Maeno, 2001).

A Austrália enfrentou situação parecida com a do Japão, entre o final da década de 70 e início dos anos 80, com a elevada incidência de

⁶ Tenossinovite: é a inflamação dos tecidos sinoviais que envolvem os tendões em sua passagem por túneis osteofibrosos, polias locais em que a direção da aplicação de força é mudada. Esse termo pode ser aplicado aos processos inflamatórios de qualquer etiologia, que acometam esses tecidos, com ou sem degeneração tecidual. Pode se desenvolver em qualquer localização em que o tendão passe através de uma capa ou de um conduto osteoligamentoso, devendo ser especificado (s) o(s) local (is) atingido (s) e sua etiologia (Dias, 2001).

⁷ Síndrome cervicobraquial: “quadro caracterizado por dor em região cervical em associação a fenômenos radiculares” como: parestesia em MMSS (membros superiores) e/ou no trajeto da raiz nervosa acometida, dores irradiadas para os MMSS e em alguns casos até déficit motor (Mendes, 2003, pág. 1521).

trabalhadores adoecendo em postos de trabalho, que exigiam movimentos repetitivos e sobrecarga estática do sistema músculo-esquelético. Nesse país, a movimentação social em relação à problemática começou com a notificação dos médicos especialistas em saúde do trabalhador, e foi fomentada por outros grupos como os sindicatos (Maeno, 2001).

Assim, o termo *Cumulative Trauma Disorder* começou a ser utilizado de forma corrente nos anos 70 em função do grande número de trabalhadores do setor de serviços que começaram a demonstrar adoecimento do sistema músculo-esquelético, e sintomatologia dominante de dor localizada em membros superiores. Esses sintomas fizeram com que o encaminhamento dos casos fosse feito a ortopedistas ou especialistas em mão. A ineficiência da abordagem pontual logo ficou evidente e o estudo da relação saúde-trabalho passou a ser objeto de investigação.

No Brasil, a alta incidência de lesões músculo-esqueléticas semelhantes (tendinites, tenossinovites, epicondrolites⁸, etc.) entre digitadores de empresas públicas e privadas começou a atrair atenção da opinião pública na década de 80. No ano de 1983 cerca de 100 casos foram registrados em Porto Alegre entre trabalhadores de bancos e da Receita Federal. Um dos bancos, ciente da situação, convocou dois médicos de São Paulo (um médico do trabalho e outro ortopedista) para que, em conjunto com os que já atuavam no banco, estudassem as razões que levavam ao grande número de acometimentos. Após avaliação apurada do ambiente e

⁸ Epicondrolites: estão enquadradas nos acometimentos músculo-esqueléticos caracterizados como tendinites e tenossinovites. Correspondem a "inflamação aguda ou crônica que acomete a inserção dos tendões (entese) nos epicôndilos). Quando acomete os epicôndilos laterais (uni ou bilateralmente) é denominada epicondilite lateral ou 'cotovelo de tenista'; nos epicôndilos mediais é denominada epicondilite medial ou 'cotovelo de golfista'." (Mendes, 2003, pág. 1517)

processos de organização do trabalho concluíram que o volume excessivo de trabalho, e o sistema de incentivo (como pagamentos de adicional e privilégios por cumprimento acelerado das metas), gerava grande sobrecarga.

Ocorreu, então, mobilização dos trabalhadores da área de processamento de dados para que as tenossinovites fossem reconhecidas como doenças do trabalho, tanto no âmbito da empresa como pela Previdência Social (Couto, 2000).

Em 1987, através da Portaria 4062 do INSS (Instituto Nacional de Seguro Social), o Ministério da Previdência Social reconheceu a tenossinovite como doença do trabalho, denominando-a “*tenossinovite do digitador*” (Couto, 2000; Maeno, 2001).

Estabelecido o nexo entre trabalho e adoecimento para digitadores, outros setores, como o dos bancários e dos trabalhadores das linhas de produção, apoiados por seus sindicatos e por serviços públicos de saúde, começaram a exercer pressão junto ao Ministério do Trabalho e da Previdência Social acerca da extensão do reconhecimento da doença para outras classes profissionais (Couto, 2000; Maeno, 2001).

Dessa forma, em 1991, o termo Lesões por Esforços Repetitivos (LER) foi adotado pelo Ministério da Previdência em revisão a portaria anterior. Tal nomenclatura é análoga à utilizada em outros países, como na Austrália, *Repetitive Strain Injury*. Com essa revisão o INSS incorporou outras doenças que não apenas a tenossinovite à denominação LER e ampliou as categorias profissionais passíveis de reconhecimento. No ano de

1993, esta última foi atualizada, mais uma vez, pela Previdência Social que ampliou o escopo de cobertura (Maeno, 2001).

No ano de 1996, foi realizada nova revisão da Instrução Normativa pela Previdência Social, redigida com a parcialidade de um Ministério que necessitava aumentar o controle e cortar gastos. Assim, foi alterada a denominação de LER para Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), tradução da língua inglesa para Work-Related Musculoskeletal Disorders e que demonstra reconhecimento social do fator trabalho no adoecimento dos trabalhadores (Maeno, 2001). Optou-se pela utilização no estudo da denominação LER/DORT que é correntemente veiculada nos serviços de referência em saúde do trabalhador e pela equipe do CEREST/SP, bem como para o INSS.

As LER/DORT, segundo Ruiz, (2003, pág. 83-4) “consistem em um conjunto de afecções que acometem músculos, fâscias musculares, tegumentos, tendões, ligamentos, articulações, nervos e vasos sangüíneos. As síndromes compressivas de nervos periféricos, tenossinovites, mialgias e síndromes dolorosas miofasciais são afecções freqüentemente presentes, isolada ou concomitantemente. Os pacientes acometidos apresentam queixas de dor, parestesia, sensação de peso, fadiga, em geral de aparecimento insidioso, nos membros superiores e região cervical, que no início ocorrem em determinadas situações no trabalho ou após a jornada, mas que, com o tempo, invadem os fins de semana e férias, para se tornar constantes. Podem apresentar dor nas regiões dorso-lombar e membros inferiores e também sensação de fadiga muscular sistêmica”.

Sobre a etiologia das LER/DORT pode-se apontar a origem multifatorial e complexa, caracterizada pelo encontro de diversos fatores causais, entre eles as exigências mecânicas repetidas por períodos de tempo prolongado, utilização de ferramentas vibratórias, posições forçadas e fatores de organização do trabalho, como, por exemplo, exigências de produtividade, competitividade, programas de incentivo à produção e qualidade. Esses programas de incentivo à produtividade utilizam estratégias de intensificação do trabalho e de controle excessivo dos trabalhadores, sem levar em conta as características subjetivas dos indivíduos e suas histórias de vida (Dias, 2001).

Dada a complexidade do diagnóstico das LER/DORT, em 2001, foi redigido pelo Ministério da Saúde um manual norteador de condutas: *Doenças Relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para serviços de saúde*. Este manual é claro ao informar que o diagnóstico anatômico preciso das LER/DORT é de difícil execução, particularmente em casos subagudos e crônicos, e onexo com o trabalho é questionável, mesmo que haja evidência epidemiológica e anatômica. Os sinais e sintomas incluem amplo espectro de manifestações como: dor espontânea ou a movimentação, alterações de sensibilidade, cansaço, peso, dormência, formigamento em um dos membros ou bilateralmente, incapacidade funcional, etc. (Dias, 2001).

Em muitos casos não é possível confirmar a sintomatologia com exames subsidiários (radiografia, ultra-sonografia, ressonância magnética, etc.) ou estes apresentam achados condizentes com os de doenças crônicas

características do envelhecimento, o que adiciona mais um viés a questão: a invisibilidade. “A sociedade espera que o médico interprete, verifique ou rejeite a legitimidade dos argumentos e fatos. Sendo assim, o clínico precisa agir face à incerteza, avaliando a causa e incapacidade com base na organização legal e burocrática, o que não é, absolutamente, uma tarefa fácil” (Dias, 2001, pág. 427-8).

Entre as queixas dos portadores de LER/DORT, no que concerne aos sintomas da doença, a dor é unanimidade. A sensação dolorosa é de caráter individual e subjetivo, mas encontra expressão e significação no espaço coletivo, validador de suas manifestações (Sarti, 2001). Suas formas de manifestação precisam fazer sentido para o outro que também está inserido no contexto coletivo, caso contrário serão desacreditadas (Sarti, 2001). A complexidade da validação do sintoma dor, associada ao fato dos exames complementares nem sempre acusarem algum sinal de lesão, faz com que os pacientes sintam-se angustiados e acreditem estar sofrendo de alguma doença estritamente psíquica (Settimi, 1995).

Tendo em vista os limites da validação do diagnóstico clínico em LER/DORT, o médico, quando solicitado a executá-lo, independentemente de sua especialidade e local de atuação (serviço público ou privado), ao preencher a CAT (comunicação de acidente de trabalho), laudo ou atestado em que se faça necessário estabelecer o nexos causal entre patologia e história ocupacional do paciente, passa a arbitrar, pautado exclusivamente na apreensão de sua anamnese, já que os exames subsidiais, como citado anteriormente, pouco se prestam a validar seu diagnóstico.

A complexidade que envolve a temática das LER/DORT coloca em cheque o modelo biomédico de avaliação da doença, tendo em vista que os médicos peritos não possuem equipamentos tecnológicos, ou argumentos científicos, capazes de validar objetivamente seu diagnóstico. Dessa forma, o nexos causal entre trabalho e doença, que na consulta pericial deve ser estabelecido, acaba por ser definido de forma subjetiva pelo médico que examina o trabalhador, o qual, por sua vez, espera que a doença sentida seja reconhecida e indenizada por aquele que o avalia.

2. REFERENCIAL CONCEITUAL

Para que as representações sociais relacionadas às LER/DORT pudessem ser estudadas, em primeiro lugar, foi necessário estabelecer um contexto de interesse. Assim, optou-se pela investigação do significado desse grupo de patologias a partir do encontro simbólico que aconteceu entre trabalhadores portadores de LER/DORT (usuários do CEREST/SP) e médicos peritos do INSS/SP, no momento da consulta de perícia médica. Sobre os sujeitos de pesquisa, é preciso explicar que carregam status de “especiais”. Os trabalhadores portadores de LER/DORT foram abordados enquanto participantes de programa de tratamento ambulatorial do CEREST/SP (descrito em capítulo subsequente deste trabalho). Em suma, representa serviço de referência nacional na atenção à saúde do trabalhador e, por isso, contavam com instrumentalização diferenciada em relação a doença quando comparados com outros portadores, que não passaram por essa experiência. A respeito dos médicos peritos, estes exerciam cargos de auditoria no INSS/SP, promoção resultante da dedicação a execução de perícias médicas na instituição por mais de uma década. Além da formação técnica da medicina, detinham o conhecimento prático do exercício das perícias médicas e aplicação das normas previdenciárias.

Tecidas as considerações preliminares acerca do estudo, fez-se necessário definir os caminhos da investigação e encontrar o referencial conceitual capaz de embasá-la. Assim, em resposta a complexidade da

temática escolhida, optou-se por um referencial conceitual capaz de contemplar, as representações sociais associadas aos conceitos de saúde/doença, com enfoque em LER/DORT e, de relação médico-paciente, apontando para as peculiaridades dessa interação em contexto médico previdenciário.

2.1 As representações sociais e o conceito de saúde/doença

O propósito da representação social é tornar o estranho familiar, caracteriza campo de criação em que o indivíduo amplia a categorização do objeto que, anteriormente, lhe era inédito, acomodando-o em seu repertório (Alencar, 2005). As representações sociais têm função orientadora de condutas no espaço coletivo e, quando analisadas pela observação de padrões e discursos dos indivíduos, permitem a apreensão da lógica objetiva da organização das condutas, opiniões e aspirações, permitindo entender “porque alguns problemas sobressaem numa sociedade” (Herzlich, 1991, pág. 28).

Tendo como base o descrito, segundo Herzlich (1991), o estudo das representações sociais acerca dos processos de saúde e doença são via de acesso para a apreensão da imagem da sociedade, de suas imposições e como são vividas pelos indivíduos. Qualquer que seja a importância da medicina moderna, a doença se constitui em fenômeno que a suplanta. “Por ser evento que ameaça ou modifica, às vezes irremediavelmente, nossas vida individual, nossa inserção social e, portanto, o equilíbrio coletivo, a

doença engendra sempre uma necessidade de discurso, a necessidade de uma interpretação complexa e contínua da sociedade inteira” (Herzlich, 1991, pág. 33).

No presente estudo, o olhar esteve voltado à apreensão das representações sociais acerca das LER/DORT a partir de dois universos simbólicos distintos: trabalhadores portadores da doença e médicos peritos.

Quanto aos trabalhadores portadores de LER/DORT, a doença atinge todas as esferas da vida social e, os significados atribuídos ao adoecimento são amplamente estudados no campo de conhecimento da saúde do trabalhador. Essas representações, segundo Batista, Garbin e Neves (1998) fundamentam-se nos espaços coletivos (o ambiente de trabalho, o contato com profissionais de saúde e vida social), sendo construídas intersubjetivamente. Essas concepções têm papel crucial nos encaminhamentos dados pelo portador à sua doença no tocante aos aspectos de adesão ao tratamento, postura perante os médicos, ações reivindicatórias entre outros.

Em trabalho que discute a abordagem interdisciplinar das LER/DORT, Almeida e Codo (1995, pág. 152) afirmam que “com as transformações impostas pela doença, aquilo que o indivíduo reconhecia como sendo sua identidade não se sustenta mais, porque não mais é repostada pelo meio social. A perda abrupta dos referenciais que mantinham sua identidade anterior faz com que seja necessário que esse indivíduo busque ativamente novos referenciais que possibilitem que ele se reconheça”.

No relato de um trabalhador entrevistado por esses autores encontram-se tais elementos:

“Um dia desses, eu tentei carregar uma caixa que tem lá em casa e não consegui levantar por causa da dor. Aí comecei a pensar se antes de ficar doente eu conseguia fazer (...). Se eu não tava conseguindo por causa da doença ou se eu não conseguia mesmo antes” (Almeida e Codo, 1995, pág. 152).

As LER/DORT são, em primeira instância, identificadas como perturbação da “normalidade” do corpo biológico (sistema músculo esquelético), sinalizada pelos sintomas de dor, perda de força muscular, formigamento, edema, acometimentos carregados da promessa de remissão total. Contudo, por fatores relativos à organização do trabalho e de conduta médica, por exemplo o não afastamento e diagnóstico/tratamento incorretos (Minayo-Gomez e Verthein, 2000), se agravam e denunciam a instalação da doença propriamente dita. Em muitos casos, os trabalhadores não associam diretamente os sintomas à atividade laborativa executada, sendo compreendidos como excessos das atividades de vida diária ou domésticas (Batista, Garbin e Neves, 1998).

A piora dos sintomas acaba por impor limitações físicas aos portadores, encontradas no cotidiano do trabalho, da vida família e comunidade. O primeiro espaço de exclusão é o laboral por meio do afastamento, atestado na forma de incapacidade para o trabalho. Além disso, no caso das mulheres, geralmente responsáveis pelos afazeres domésticos e cuidado dos filhos, não só como condição imposta mas, na

qualidade de reconhecimento da necessidade do desempenho dessas atividades, a impossibilidade de execução das tarefas em casa gera sofrimento e impacto na referência de identidade. As atividades de lazer e junto a comunidade ficam prejudicadas para ambos os sexos pela presença da incapacidade física e de sintomas psicológicos que acabam por se desenvolver em decorrência das limitações e perdas impostas pela doença (Batista, Garbin e Neves; 1998 e Neves, 2006).

Outro ponto de relevância é a questão da “invisibilidade” relacionada às LER/DORT e atribuída ao fato de que seu sintoma principal é a dor, indetectável aos exames subsidiários, ao exame físico do médico assistente ou perito do INSS (Almeida e Codo, 1995; Batista, Garbin e Neves, 1998; Gravina, 2000; Neves, 2006). A partir do momento em que a doença não é identificada pelo exame físico ou subsidiário, sobre o portador de LER/DORT recai a responsabilidade por provar sua existência no espaço social. Na ausência de confirmação, seu adoecimento será caracterizado como doença mental ou situação de simulação, subordinada a possibilidade de ganhos secundários (benefício financeiro e afastamento do trabalho).

Segundo Goffman (1998), o processo de estigmatização se relaciona ao estranhamento entre sujeitos de mesmo grupo social ou externos, que observam atributos considerados “anormais” ou desviantes, em comparação aos demais, sejam estes de cunho físico ou de conduta.

No caso das LER/DORT, a estigmatização acontece a medida em que indivíduos concebidos como trabalhadores sadios, cuja principal característica é a capacidade para o trabalho, não mais respondem a essa

demanda, em razão de sintomatologia que carece de marcadores visíveis, tanto para a sociedade leiga quanto para o universo da medicina. O reconhecimento social dessa condição sofre prejuízo e aos portadores de LER/DORT incide o “estigma da invisibilidade”⁹.

Quanto aos médicos peritos, não foram encontradas investigações direcionadas ao estudo de suas representações sociais acerca das LER/DORT, ou da relação médico-paciente que se estabelece entre eles e portadores de LER/DORT. Escassa fonte de dados advêm de estudos com pacientes portadores de LER/DORT que, em seus relatos, explicitam percepções a respeito da postura do médico perito durante a execução da consulta pericial.

2.2. A relação médico-paciente: considerações acerca do momento da consulta

Antes de adentrar no universo simbólico específico da relação médico-paciente proposta nesta investigação, mostrou-se pertinente refletir sobre os fatores mais gerais a respeito do tema e, sobre outros, mais específicos e pertinentes ao momento histórico do estudo, influência na dinâmica dos achados da análise. No Brasil, a partir da década de 30 do século XX, o exercício da medicina começou a sofrer um processo de transformação decorrente da concentração de trabalhadores urbanos na região sudeste do país, que demandava por serviços de saúde e de

⁹ Essa denominação foi adotada no estudo e tem referência na linguagem utilizada nos serviços de referência em saúde do trabalhador.

previdência social. Até então, segundo Schraiber (1993) a profissão era exercida na forma de *medicina liberal*, através do trabalho do pequeno produtor privado, de formação generalista, em consultório particular, carente em equipamentos tecnológicos, e munido de pressupostos vocacionais e autonomia do ato médico caracterizado por “(...) ato de discernimento e intervenção simultaneamente apoiado no conhecimento, na intuição e na criatividade. Tudo isso para que o médico pudesse decidir entre a cutela ou a ousadia que o obrigava a pautar-se em uma observação clínica atenta do paciente (pág. 75)”.

Em resposta às pressões sociais, o Estado ampliou sua participação na responsabilidade a assistência médica dos trabalhadores através da compra de serviços terceirizados, ambulatoriais e hospitalares. A unificação dos IAPs – Institutos de Aposentadorias e Pensões – para a criação do INPS – Instituto Nacional da Previdência Social – acaba por ser um marco na suplantação da *medicina liberal* por esse novo modelo de exercício da medicina, a *medicina tecnológica empresarial*. Com sua instituição, a oferta de emprego assalariado para médicos foi abundante, fosse no setor público, na forma de cargos na perícia médica e assistência direta aos trabalhadores segurados e seus dependentes, fosse no setor privado, na área hospitalar e de serviços complementares, que encontravam consumo certo e garantido pelo sistema previdenciário. Paralelamente, ocorreu o surgimento de formas de serviço pré-pago ou seguros de saúde com o objetivo de garantir a captação de uma clientela (Schraiber, 1993).

Na atualidade, muitas das transformações encontram-se sedimentadas e, com isso, a prática da medicina vem passando por um momento de crise (Schraiber, 1997b). As características de seu exercício que mais se evidenciam são a institucionalização, com o desenvolvimento das ações por atos parcelares, subordinados a lógica hierárquica do local de trabalho. Além disso, observa-se a mecanização das condutas e adoção de rotinas específicas, amparadas por um equipamento tecnologicamente avançado (Schraiber, 1995b).

É fato que, durante esse processo de mudança, a relação médico-paciente também foi tocada. Ela acontece de forma pragmática durante a consulta médica, momento que exige um envolvimento, sempre entre duas pessoas, marcado pela privacidade, intimidade e confiança, a ponto dos limites de sua existência enquanto trabalho remunerado serem esquecidos (Schraiber, 1995b; Caprara e Lins, 1999).

Por se tratar de contato, a consulta médica é ambiente propício a manifestação de sentimentos mesmo que na presença da intenção de distanciamento do profissional em relação ao paciente (Fernandes, 1993). Alguns autores preferem discutir a consulta como momento de *interação* já que exige o movimento de dois agentes a se encontrarem; ela é geralmente entendida como via de mão única, do médico para o paciente (Schraiber, 1997b; Soar Filho, 1998).

Suas características principais residem na existência enquanto ato independente, individualizado, exclusivo e privado, sempre norteado para a ação, em resposta a demanda da sociedade, definida a partir de julgamentos

complexos e decisões arriscadas (Schraiber, 1997b). Contudo, é necessário referir que seu acontecimento depende do contexto, parâmetro que se modificou na transição da *medicina liberal* para a *medicina tecnológica*. Neste último modelo, optou-se pela orientação do julgamento médico na consulta e, por conseguinte, na relação médico-paciente, através do cientificismo, direcionando a anamnese à achados anatomo-patológicos reveladores de doença e, passíveis de referendo por equipamentos tecnológicos (Fernandes,1993; Schraiber, 1995b, 1997,b; Caprara e Lins, 1999). Em consequência disso, o paciente deixa de ser visto enquanto sujeito social para adquirir o status de “portador de lesões”, e o encontro com o médico se torna pertinente quando identificada tal anormalidade do funcionamento biológico do corpo, acontecendo a relação entre médico e doença, não mais entre médico paciente (Fernandes, 1993).

2.3. A relação médico-paciente no estudo

A relação entre os trabalhadores portadores de LER/DOR e médicos peritos do INSS/SP se estabelece no momento em que o afastamento do trabalho supera o décimo quinto dia. Assim, quando se encontram na consulta pericial ocorre o embate entre dois universos simbólicos distintos, cujos repertórios de expectativas são diferentes, fator de influência resultado na consulta. Este é tema freqüente no discurso de sujeitos acometidos por LER/DORT. . O artigo escrito por Batista, Garbin e Neves (1998, pág. 8) traz alguns relatos de pacientes sobre da sintomatologia “invisível”, referendando

a estigmatização, descrita anteriormente, e suas opiniões acerca da classe médica:

“(...) às vezes tem médico que acha que é sistema nervoso abalado (...) É muito desacreditada a doença LER, ninguém acredita muito, eles acham mais que é falta de vontade de trabalhar, é bem por aí que eles vêem a coisa (...) Acho que tudo que eles não conseguem explicar, acho que eles acham que é problema da cabeça. Quando eles, acho que , não acreditam de tudo que você está mentindo então eles acham que você, como disse a assistente social da minha firma, efeitos, efeitos não, sintomas psicossomáticos, você está insatisfeita consigo mesmo, com alguma coisa ou sei lá porque motivo começa a ter problemas , segundo ela, no corpo todo, mas o meu é só no braço, eu acho que é por isso”. (Augusta, 40 anos, digitadora)

Na medida em que os dois universos simbólicos de representações sociais apresentados (pacientes portadores de LER/DORT e médicos peritos) não compartilham dos mesmos códigos sociais acerca do entendimento e conduta em relação à patologia, seu diálogo é impregnado de ruído, o que dificulta sua relação e repercute na coletividade social.

Na construção do saber do senso comum, o paciente precisa dar sentido e existência ao saber científico, expresso pelo discurso médico. Dessa forma, esse novo saber é, pelo menos em parte, dependente das colocações e saberes médicos sobre o adoecimento (Herzlich, 1991; Alencar, 2005).

Os entraves presentes nessa relação remontam ao embate de representações sociais distintas acerca do adoecimento que se cruzam no momento da perícia médica. De um lado encontram-se os trabalhadores portadores de LER/DORT, representantes do impacto físico e social, inerentes a doença, e mantenedores do conhecimento do “senso comum” acerca de sua condição. Do outro lado estão os médicos peritos, que atuam munidos do conhecimento médico-científico, pautado no modelo biomédico de entendimento da relação saúde-doença, a partir do qual realizam a anamnese, diagnosticam e referem de procedimentos em relação às LER/DORT (Takahashi e Vilela, 2003).

Apresentado o referencial conceitual sobre o qual foi alicerçado o estudo, torna-se possível antever a amplitude da problemática apresentada e a pertinência de sua abordagem. Para tanto, nos capítulos que se seguem, após a definição dos objetivos do estudo, foi apresentado o trabalho de campo, bem como a análise temática realizada a partir dos dados produzidos no campo desta pesquisa.

3. OBJETIVOS

Objetivo geral:

Estudar representações sociais sobre as LER/DORT para médicos peritos previdenciários do INSS/SP e trabalhadores portadores da doença, usuários do CEREST/SP, partindo da perspectiva do encontro simbólico desses sujeitos no contexto da consulta pericial no INSS.

Objetivos específicos:

- A) Apreender o significado das LER/DORT para os trabalhadores portadores;
- B) Compreender, a partir das representações sociais dos trabalhadores portadores de LER/DORT, o sistema médico previdenciário do INSS e sua lógica de concessão de benefícios relativamente a: 1) dificuldades enfrentadas na perícia médica nos postos do INSS; 2) problemas postos na relação entre estes e os médicos peritos previdenciários;
- C) Apreender o significado das LER/DORT para os médicos peritos previdenciários do INSS;
- D) Compreender, a partir das representações sociais dos médicos peritos previdenciários do INSS, 1) o sistema médico previdenciário em que estão inseridos, o contexto de trabalho na perícia médica e a lógica de

concessão de benefícios previdenciários, 2) os principais problemas na relação entre estes e os trabalhadores portadores de LER/DORT

4. METODOLOGIA

O presente trabalho se propôs à investigação, por meio de metodologia de base qualitativa, da relação médico-paciente que acontece entre médicos peritos previdenciários do INSS/SP e pacientes portadores de LER/DORT, no contexto da perícia médica do INSS.

As origens da metodologia qualitativa remontam ao campo de conhecimento das Ciências Sociais (Antropologia e Sociologia). Seu olhar não é voltado para o estudo dos fenômenos em si, sua mensuração, verificação e reprodutibilidade, mas para a captação do *significado* das coisas para os homens em sociedade (Duarte, 2002; Martins, 2004; Turato, 2005). Martins (2004, pág.291) explica a diferença das ciências humanas e naturais, colocando que os fenômenos sociais “(...) são complexos, não sendo fácil separar causas e motivações isoladas e exclusivas. [esses fenômenos] Não podem ser reproduzidos em laboratório e submetidos a controle. (...) as chamadas metodologias qualitativas privilegiam, de modo geral, a análise de microprocessos, através do estudo das ações sociais individuais e grupais.” (Martins, 2004, pág. 292). Ainda, Minayo (2004, pág.10) explicita que “(...) são entendidas [as metodologias qualitativas] como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais (...).”

Não é o fenômeno em si o objeto de estudo, mas a significação deste para os que o vivenciam. Com isso, o pesquisador é capaz de “(...) criar um

modelo de entendimento profundo de ligações entre elementos, isto é, de falar de uma ordem que é invisível para o olhar comum” (Turato, 2005, pág. 509). Mais importante que o produto da pesquisa é o processo que levou à compreensão dessa outra realidade. “O método qualitativo (...) [é] aquele que quer compreender como o objeto de estudo acontece ou se manifesta; e não aquele que almeja o produto (...) (Turato, 2005, pág. 509)”.

Na pesquisa qualitativa, o objeto de estudo é o ser humano, em sua mutabilidade e imponderabilidade, construtor de um universo simbólico único norteador de sua conduta social (Schraiber, 1995a, 1997a; Turato, 2005). Cabe ao pesquisador estudar o fenômeno em seu “setting natural”, tentando dar sentido ou interpretar nos termos das significações que as pessoas trazem para estes.” (Turato, 2005, pág. 509).

O *significado* das coisas tem papel estruturante na vida dos indivíduos; o que os elementos do cotidiano representam acaba por “dar molde” à vida. E, este não é um acontecimento estanque, é um processo que acontece em sociedade. A partir do momento em que os simbolismos são partilhados pelo grupo ganham status de representação social, tornando-se capazes de orientar a conduta em sociedade (Schraiber, 1995a, Turato, 2005).

Os conceitos de significado e representação social são aqui trabalhados à luz do entendimento de que “(...) o homem é um ser social, (...) modelado por um universo cognitivo e simbólico que lhe é, de fato, pré-existente” (Herzlich, 1991, pág. 25). Esse homem é ator principal nos processos de transformação de seu grupo social a partir do momento em que se aproxima de seus pares, compartilhando valores e entendimentos comuns sobre o

cotidiano. “(...) Os significados que as coisas ganham, passam também a ser partilhados culturalmente, e assim, organizam o grupo social em torno dessas representações e simbolismos” (Turato, 2005, pág. 510).

A decisão pelo uso desse tipo de metodologia, então, se justifica pelo fato de que neste estudo procurou-se apreender o significado do vivido pelos sujeitos de pesquisa, (médicos peritos do INSS/SP e trabalhadores portadores de LER/DORT), com o objetivo de ao aproximar-se da realidade do “outro”, mergulhar no universo simbólico do “*querer-dizer*” das coisas para esses sujeitos.

Entre os diversos instrumentos de coleta de dados disponíveis, a entrevista em profundidade foi escolhida já que o relato dos sujeitos é fundamental no processo de apreensão dos significados, coletivamente, construídos. Segundo Schraiber (1995a): “(...) da perspectiva de se buscar o acontecido através de sua representação no relato individual, esses textos [textos de referência à metodologia qualitativa] exortam a grande vantagem da técnica de expressar o *coletivo*, o qual pode-se recuperar nas narrativas obtidas, por meio de riqueza ímpar: o coletivo explorado pela *reconstrução pessoal*. Trata-se da re-produção do fato social na experiência pessoalmente vivida e na reflexão que a relata ” (p. 65). Foram elaborados roteiros distintos para portadores de LER/DORT e médicos peritos (ANEXOS A e B)

4.1. O campo de estudo e os sujeitos de pesquisa

O campo de estudo e os sujeitos de pesquisa foram divididos entre: trabalhadores portadores de LER/DORT inscritos no serviço de tratamento ambulatorial do CEREST/SP e médicos peritos previdenciários do INSS/SP.

4.1.1. O estudo com os pacientes

A eleição do CEREST/SP como local de coleta de dados se deu por se tratar o serviço de referência nacional na área de saúde do trabalhador, elemento já descrito, e contar, na época da pesquisa, com ambulatório ativo de pacientes portadores de LER/DORT com onexo causal para a doença claramente estabelecido. Além disso, a pesquisadora foi aluna de aprimoramento em saúde do trabalhador no CEREST/SP, possuindo assim conhecimento das rotinas e equipe, fator facilitador do trânsito da pelo campo. Por fim, a coordenadora do serviço, Dra. Maria Maeno, demonstrou grande interesse na temática de investigação proposta e facultou a abertura do serviço para a pesquisa com os usuários (pacientes com LER/DORT).

O CEREST/SP possuía o Programa de Tratamento e Reabilitação ou PTR, como era usualmente chamado por pacientes e profissionais do serviço. Suas características serão apresentadas no primeiro capítulo da análise para que as razões que levaram a sua escolha como campo, da mesma forma que os critérios de inclusão dos sujeitos na investigação possam ser melhor compreendido. Neste programa eram matriculados pacientes portadores de LER/DORT com nexo causal estabelecido por

diagnóstico médico entre sua patologia músculo-esquelética e o trabalho (atual ou anterior). Pelo fato de ser conduzido em serviço ímpar na área de saúde do trabalhador, a demanda que freqüentava o PTR refletia a realidade do todo adoecido pelas LER/DORT, tomando-se como referência os dados do SAT (Seguro Acidente de Trabalho). Por isso, a seleção dos trabalhadores portadores de LER/DORT para a presente pesquisa foi exclusivamente realizada entre aqueles que tivessem freqüentado o PTR, de acordo com os seguintes critérios de inclusão:

- 1 – ter freqüentado o PTR entre o 1.º semestre de 2004 e o 2.º semestre de 2005;
- 2 - faixa etária entre 31 e 55 anos;
- 3 - estar trabalhando ou ter trabalhado no setor de serviços;
- 4 -passagem por perícia médica previdenciária do INSS/SP por, pelo menos, uma vez nos anos de 2004 – 2005.

Quanto aos critérios de inclusão já foi descrita, anteriormente, a razão pela qual estes deveriam, obrigatoriamente, ser paciente do PTR: o nexos causal estabelecido para LER/DORT. Optou-se pela seleção de pacientes entre aqueles que tivessem freqüentado o programa entre o 1.º semestre de 2004 e o 2.º semestre de 2005 pois, durante esse período, a pesquisadora acompanhava o programa no CEREST/SP, fator que facilitou o acesso aos pacientes e seu ingresso na pesquisa.

Da mesma forma, a clivagem por faixa etária e setor do mercado de trabalho deu-se em função do perfil da demanda de pacientes portadores de

LER/DORT que fazia uso do serviço de ambulatório do CEREST/SP, de acordo com os dados de Gutierre (2004) e de outros estudos na área (Batista, Garbin e Neves, 1998; Neves, 2006).

Por fim, a delimitação do quarto critério de inclusão esteve pautada na contextualização pelo período histórico. Aqui, não importou o número de perícias a que esse sujeito foi submetido mas a vivência de um momento específico que se pretendia estudar: a reforma do modelo médico-pericial do INSS.

Ainda, os indivíduos do sexo masculino não foram excluídos do campo de pesquisa, uma vez que também fazem parte do todo acometido pelas LER/DORT, são submetidos a perícias médicas no INSS, e trouxeram para a pesquisa a riqueza da diversidade da apreensão do universo simbólico social que se dá entre gêneros.

Uma vez homologado o acesso ao serviço e definidos os critérios de inclusão, foram convidados a participar do estudo pacientes de quatro versões do PTR (1.º e 2.º semestres de 2004; 1.º e 2.º semestres de 2005). Esses convites foram feitos, pessoalmente, durante o tratamento no PTR e posteriormente, para aqueles que demonstraram interesse, via ligação telefônica, confirmando a participação e acertando os detalhes das entrevistas.

Não houve desistências durante o período de coleta de dados entre aqueles que aceitaram participar do estudo no momento do contato telefônico. Ao término da coleta de dados, cinco mulheres e um homem haviam sido entrevistados.

Todas as entrevistas foram realizadas no CEREST/SP já que o serviço disponibilizou o espaço físico necessário (salas reservadas), e representava ambiente conhecido e de fácil acesso para os pacientes. Ao todo foram utilizados três tipos de salas para a coleta das falas: a sala de reuniões, o ambulatório de fisioterapia e a sala que corresponde ao setor de fisioterapia / terapia ocupacional, de acordo com a possibilidade de utilização pela entrevistadora.

As entrevistas consistiram em uma única tomada ininterrupta, por opção dos portadores de LER/DORT, aos quais foi oferecida a possibilidade de intervalo. A escolha por uma única tomada deu-se por duas razões: dificuldade de transporte dos sujeitos ao local de entrevista (financeira e em relação a distância) e sua agenda preenchida por compromissos relacionados ao tratamento e perícia médica. Se o roteiro não fosse percorrido em sua totalidade nessa única tomada, corria-se o risco da exclusão do sujeito de pesquisa por impossibilidade de concluir a entrevista.

A duração das entrevistas variou entre 60 e 120 minutos, de acordo com a cadência e riqueza de detalhamento do sujeito interrogado. Não houve negativa dos entrevistados a resposta de nenhuma das perguntas do roteiro. Contudo, uma das entrevistadas pediu que seu relato final não fosse gravado. Os entrevistados demonstraram bastante desenvoltura nas respostas e vontade de participar. As sessões transcorreram bem, sem interrupções.

O número de entrevistas foi definido durante o campo. Segundo Duarte (2002, pág. 144) “(...) quando já é possível identificar padrões simbólicos,

práticas, sistemas classificatórios, categorias de análise da realidade, visões de mundo do universo em questão, e as recorrências atingem o que se convencionou chamar “ponto de saturação”, dá-se por finalizado o trabalho de campo (...).”.

Ressalte-se que, antes do início das sessões de entrevista, o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO C) foi lido e explicado aos participantes que, por sua vez, concordaram com o descrito e aceitaram prosseguir com a entrevista. .

4.1.2. O estudo com os médicos peritos do INSS/SP

No outro pólo da investigação, encontram-se os médicos peritos previdenciários do INSS/SP. Trabalhos anteriores, sobre a temática dos significados atribuídos as LER/DORT, que suscitaram a formulação do objeto desta pesquisa, tinham como preocupação o estudo das representações sociais e a discussão da relação médico-paciente (assistencial e pericial) a partir da coleta de narrativas exclusivamente de portadores de LER/DORT.

Neste trabalho, pretendeu-se incluir um novo olhar a uma antiga problemática, a fim de alcançar compreensão mais profunda do ambiente simbólico que permeia essa relação, capturando as falas de médicos peritos previdenciários. .

O contato com o Instituto Nacional de Seguro Social foi realizado via coordenadoria do CEREST/SP. Em seguida, foi estabelecido contato via

email e telefone com o Superintendente Regional do INSS no Estado de São Paulo e ele, por sua vez, indicou o telefone de três médicos peritos previdenciários, do sexo masculino, que se disponibilizavam a participar do estudo. Assim, como caracterizado, a inclusão dos médicos peritos na pesquisa ocorreu de modo bastante diferenciado a dos portadores de LER/DORT.

Para os pacientes, houve todo o critério de convite, aceite e participação; entre os médicos a única possibilidade de abordagem deu-se por meio da indicação. Por isso, o único critério de inclusão pré-definido para os médicos foi o da prática prévia de perícias médicas pelo INSS por, no mínimo, dois anos, tempo para familiarização com práticas e rotinas do serviço, assim como contato com os segurados.

O próximo passo consistiu nos ajustes de data e horário para a realização das entrevistas. Todas foram realizadas na Superintendência Regional do INSS/SP, que se localizava em edifício no Largo Santa Efigênia, centro da cidade de São Paulo. Da mesma maneira que para os portadores de LER/DORT, todas as entrevistas aconteceram em uma única tomada por impossibilidade de remarcação dos médicos peritos, que não dispunham de horários disponíveis para fragmentação do roteiro, ou intervalo durante a sessão.

Ao início de cada sessão foi lido e explicado o termo de consentimento livre e esclarecido para a participação nesta pesquisa, a partir de que os médicos peritos concordaram em prosseguir com a entrevista.

A primeira entrevista aconteceu numa sala reservada, e teve duração aproximada de 60 minutos. O médico entrevistado tinha idade entre 55 e 60 anos e mostrou-se muito interessado em integrar o estudo, não fez restrição a pergunta alguma.

Um mês depois foi agendada a segunda sessão de entrevistas com os outros dois médicos. A princípio, as tomadas aconteceriam de forma individual, da mesma maneira que para o primeiro entrevistado. Todavia, os entrevistados (com idades entre 50 e 65 anos) decidiram ser entrevistados ao mesmo tempo, ao redor de uma mesa localizada no fundo de um salão, onde outros quatro funcionários da previdência trabalhavam em computadores. Para tanto, entrevistadora e entrevistados sentaram-se ao redor dessa mesa, aquela no meio e estes aos lados, e a dinâmica da entrevista, decidida pelos sujeitos, correspondeu a pergunta seguida da resposta dos dois entrevistados.

A ordem de respostas não seguiu regra fixa, respondendo de forma alternada primeiro um, depois o outro. A sessão teve duração de 90 minutos. Ocorreram algumas interrupções (ligações de celular para ambos os médicos) fato que não atrapalhou efetivamente a sessão, levando apenas a algumas retomadas do assunto em pauta. O roteiro de entrevista foi percorrido na íntegra, sem restrições por parte dos médicos peritos os quais responderam a todas as perguntas de forma detalhada e com empenho.

Durante a sessão, um dos médicos convidou uma colega, também médica perita do INSS/SP, a participar. Sua resposta foi negativa e, com isso, não foi possível a apreensão de relato feminino. Apesar de não primar

o presente estudo pela análise baseada no recorte por gênero, esse relato muito acrescentaria ao trabalho já que traria a tona a nuance da diferença que reside no processo de *significação* para homens e mulheres.

Por outro lado, os médicos que se disponibilizaram para as entrevistas representaram não só o contraponto em relação a outras pesquisas mas, para o presente estudo, facilitaram o entendimento da posição do INSS, enquanto instituição frente a problemática que as LER/DORT apresentam para a sociedade, uma vez que trabalhavam no INSS/SP há mais de 20 anos; exerceram a função de médico perito em posto do INSS por mais de 10 anos; passaram pelos diversos impasses da Previdência Social e, hoje, estão colocados em cargos de supervisão de médicos peritos (cargo de auditoria). Por esse somatório de fatores, conseguiram responder às questões do roteiro de forma clara, com propriedade e a paciência de quem explica um conceito para um aluno. Eles não representaram apenas o funcionário médico perito do INSS, mas a incorporação do saber médico no âmago dessa instituição.

Apesar de terem sido realizadas apenas três entrevistas, os critérios de saturação foram alcançados. Caso não tivessem sido atingidos seria sondada, junto ao INSS, a possibilidade da inclusão de outros sujeitos para as entrevistas.

4.2. Análise dos dados

Todas as entrevistas foram gravadas em fitas K7 e as transcrições realizadas pela pesquisadora. Obteve-se um total de cinco fitas, com duração de 11 horas e 30 minutos de gravações.

Do conjunto dos relatos foi criado um banco de dados de discursos ao qual foi aplicada a Análise de Conteúdo Temática. Esse tipo de manuseio dos dados, em primeira fase, consiste na “impregnação” pelo material coletado, ou seja, a leitura exaustiva das entrevistas. Segundo Minayo (1995, pág. 209) “(...) a dinâmica entre as hipóteses iniciais, as hipóteses emergentes, as teorias relacionadas ao tema tornarão a leitura progressivamente mais sugestiva, e capaz de ultrapassar a sensação de caos inicial”.

Paralelamente, a partir dos dois roteiros aplicados (um para pacientes, outro para médicos) foi traçado um plano de análise. Este contou com o estabelecimento de temas (diferentes para cada um dos roteiros) que recortassem os discursos, sem afetar a lógica do sujeito que o proferiu, buscando uma ordem classificatória do universo simbólico exposto capaz de levar a uma compreensão mais profunda do problema de pesquisa inicial. “As muitas leituras do material que se dispõem, cruzando informações aparentemente desconexas, interpretando respostas, notas e textos integrais que são codificados em ‘caixas simbólicas’, categorias simbólicas ou ‘nativas’ ajudam a classificar, com um certo grau de objetividade, o que se depreende da leitura/interpretação” (Duarte, 2002, pág. 152).

A apresentação da análise dos dados foi distribuída em quatro capítulos; o primeiro referente á descrição dos campos de estudo abordados

na investigação, o segundo direcionado a caracterização dos sujeitos de pesquisa e sua relação com o mundo do trabalho, o terceiro detentor dos achados relacionados ao estudo dos significados atribuídos às LER/DORT para médicos peritos e portadores da doença e, por último, o quarto capítulo, onde foram abordados os aspectos relativos as concepções de LER/DORT no contexto da relação médico-paciente, que se estabelece entre os sujeitos de pesquisa. A tabela seguinte apresenta as temáticas encontradas a partir da análise dos dados.

Tabela 1 - Capítulos da análise de conteúdo temática

Capítulo	Médicos peritos	Portadores de LER/DORT
Os campos de estudo	O Instituto Nacional de Seguro Social	O CEREST/SP e o PTR
Os sujeitos do estudo	Os médicos peritos “O indivíduo: do quem sou ao o que sou” “A formação e a carreira médica” “O significado de ser médico perito”	Os trabalhadores portadores de LER/DORT “O indivíduo” “O significado do trabalho e a perda da autonomia profissional”
O responsável pelo encontro entre os	A contextualização e o significado da doença	As LER/DORT através das

<p>sujeitos de pesquisa: LER/DORT</p>	<p>para o médico perito.</p>	<p>concepções do portador ; Aspectos relativos a doença sentida e aos sintomas da doença; O cotidiano e a influência das LER/DORT; Perspectivas para o futuro.</p>
<p>O encontro simbólico dos sujeitos: análise temática da relação médico-paciente no contexto de perícia médica.</p>	<p>“Pré-consulta: a ante-sala da perícia médica” “Considerações sobre as particularidades da consulta pericial” “O encontro simbólico e o julgamento da capacidade para o trabalho” “Pós-consulta: o resultado da perícia e a reorganização do futuro”</p>	<p>“O médico perito e o médico assistente: um embate de papéis” “O contexto previdenciário como meio de produção da consulta médica: concepções dos profissionais acerca dessa experiência” “Problemas presentes e o futuro da perícia médica no</p>

		INSS/SP”
--	--	----------

4.3. Considerações acerca do campo de pesquisa

Na etapa que precedeu à execução das entrevistas, acreditava-se que o acesso aos médicos peritos e sua sensibilização quanto a temática seriam o maior entrave na realização da pesquisa, contudo, felizmente, isso não se confirmou. As sessões de entrevistas, tanto com estes quanto com os portadores de LER/DORT, transcorreram sem problemas ou acidentes de percurso.

Na verdade, pacientes e médicos peritos se deixaram envolver pelo trabalho, levaram a sério as sessões de entrevista, desde o primeiro contato, fato confirmado pela qualidade do material coletado, e disponibilidade dos entrevistados que dedicaram, no caso dos médicos, tempo de trabalho para sua realização e, no caso dos portadores de LER/DORT, tempo de tratamento, custo do transporte e deslocamento de suas residências.

Transposta a etapa de coleta de dados, que se desenrolou sem problemas, dado que foi concluída em menos de um semestre, iniciou-se a etapa subsequente, caracterizada pela lentidão no avanço: a transcrição dos relatos. Com as dificuldades próprias do processo solitário de ouvir as gravações e transformá-las em material palpável àquele que não está habituado com esse tipo de processo, essa fase tomou bastante energia da

pesquisadora, principalmente nas duas primeiras entrevistas, pela inexperiência na organização dos relatos. Além disso, a repetição dos fragmentos, por inúmeras vezes, até que a transcrição de cada resposta estivesse concluída, mostrou-se um exercício sofrível, uma vez que, para este estudo, o pesquisador foi o próprio instrumento de pesquisa e, assim, entrou em contato com os sujeitos estudados, com os quais compartilha o universo simbólico de “ser humano”, reconhecendo as penas do adoecimento.

Por fim, o maior desafio deste trabalho constituiu-se na construção da análise de conteúdo temática, ou seja, na transformação dos dados apreendidos no campo de pesquisa em material inteligível, capaz de traduzir o que foi vivenciado em análise coerente dos relatos. No capítulo seguinte serão detalhados os dois campos de estudo, dando especial ênfase à importância de ambos, as instituições (INSS e CEREST/SP) e seus espaços internos (PTR), na conformação das representações sociais dos sujeitos que participaram do estudo e sua relevância social. .

5. ASPECTOS ÉTICOS

Os procedimentos éticos da pesquisa seguiram os trâmites da CAPPesq e do CEREST/SP. A proposta do trabalho foi apresentada à coordenação e equipe do CEREST/SP assim que a aluna responsável pelo estudo se matriculou no programa de mestrado na FM-USP, Departamento de Medicina Preventiva. A coordenação e equipe do CEREST/SP

demonstraram grande interesse na temática do estudo, disponibilizando o campo, materiais e recursos humanos que se fizessem necessários.

A aprovação da coordenação e Comitê de ética do CEREST/SP sobre a realização da pesquisa foi encaminhada, juntamente com o projeto de pesquisa, ao Comitê de Ética da CAPPesq, do qual também recebeu aprovação (ANEXO D).

Quanto aos aspectos éticos durante a execução desta investigação, ao início de cada sessão de coleta de dados o sujeito de pesquisa foi esclarecido em relação aos objetivos do estudo e em que consistiria sua participação, neste caso na entrevista, gravada para posterior transcrição. Além disso, foi apresentado, lido e explicado a cada um dos entrevistados o termo de consentimento livre e esclarecido (ANEXO C). Seu anonimato foi garantido pela substituição dos nomes verdadeiros por outros, fictícios e, pela supressão da identificação da profissão dos portadores de LER/DORT, por grupo do PTR, quando apresentado esse dado na pesquisa.

6. O CEREST E O INSS COMO ESPAÇOS DE PRODUÇÃO DE REPRESENTAÇÕES DE TRABALHADORES E MÉDICOS ACERCA DO ADOECIMENTO E DA SEGURIDADE

Neste estudo, dois grupos distintos de sujeitos fizeram parte da investigação: trabalhadores portadores de LER/DORT e médicos peritos previdenciários. Para que o universo simbólico de representações sociais acerca da relação médico-paciente que se estabelece entre esses sujeitos pudesse ser estudado em profundidade, este trabalho contou com dois campos distintos de coleta de dados: o CEREST/SP e o INSS/SP.

Esta divisão na observação do campo foi necessária para que os dois subgrupos de sujeitos envolvidos no estudo pudessem ser contemplados. Os portadores de LER/DORT, apesar de transitarem pelo INSS/SP, foram abordados no CEREST/SP, serviço que os acolheu no adoecimento; os médicos peritos do INSS/SP, por sua vez, foram entrevistados em seu local de trabalho.

Com o objetivo de esclarecer as razões que levaram a escolha dos sujeitos, assim como situar e descrever o papel de cada uma dessas instituições, serão apresentadas, a seguir, as características gerais desses indivíduos e, respectivamente, dos contextos institucionais em que se inseriram.

6.1. O CEREST/SP: Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de São Paulo

As origens do CEREST/SP remontam da década de 80, quando foi criado o Programa de Saúde dos Trabalhadores da Zona Norte (PST-ZN), subordinado a Secretaria de Estado da Saúde (CEREST/SP, 2004). Como descrito anteriormente, nesse período histórico, no Brasil, começavam a emergir os primeiros casos de tendinites relacionadas ao trabalho, fato que despertou o interesse da equipe do PST-ZN.

Por encontrar-se instalada nas imediações do Hospital Mandaqui, essa equipe de profissionais estabelecia, indiretamente, contato com a demanda de trabalhadores adoecidos que procurava assistência no hospital. Logo, perceberam a diversidade dessa demanda em relação aos demais acometidos por lesões músculo-esqueléticas não relacionadas ao trabalho, direcionando esforços para o estudo e compreensão dessa “nova patologia”.

Desde sua formação, o PST-ZN adotou como pressupostos a multidisciplinaridade, a multisetorialidade (busca de parcerias) e o envolvimento do trabalhador nas atividades do serviço para, com isso, executar de maneira efetiva ações de assistência e vigilância em saúde do trabalhador, associadas ao desenvolvimento de tecnologias capazes de romper paradigmas e fazer avançar essa área do conhecimento (CEREST/SP, 2004).

No ano de 1994, após reestruturações políticas, a direção do PST-ZN optou por manter a estrutura do serviço atrelada a gestão estadual de saúde,

sendo, então, criado o CEREST/SP como conhecido na atualidade. Sua edificação, enquanto serviço de referência, fez-se baseada na história de luta da equipe junto às instituições competentes (INSS, sindicatos, empresas, entre outros) para o reconhecimento das mais diversas doenças ocupacionais. Teve influência em atividades de relevância incontestável para a normatização da área de saúde do trabalhador como: participação na comissão de revisão de normas técnicas sobre Ruído e LER na Previdência Social na revisão da norma técnica sobre LER publicada na Instrução Normativa 98 (IN) em dezembro de 2003, pela Previdência Social.

No que diz respeito ao pragmatismo de ação junto ao SUS tem papel de gestor estadual na atenção à saúde do trabalhador, vinculado a Central de Controle de Doença (CCD). A Constituição homologada no ano de 1990 conta com a Lei Orgânica da Saúde (LOS 8080/90), que prevê a atenção à saúde dos trabalhadores como responsabilidade do Sistema Único de Saúde (SUS). No ano de 1997, o Ministério da Saúde aprovou a Norma Operacional de Saúde do Trabalhador (NOST/SUS), complementar a Norma Operacional Básica (NOB)/SUS 01/96 com o objetivo de “(...) orientar e instrumentalizar a realização das Ações de Saúde do Trabalhador urbano e rural, considerando as diferenças de gênero, pelos Municípios, Distrito Federal e Estados” e estabelecer pressupostos norteadores das ações e as atribuições em cada esfera de governo.

Em síntese, as principais atribuições do CEREST/SP de acordo com a NOST/SUS são:

1- o controle da qualidade das ações em saúde do trabalhador desenvolvidas pelos municípios;

2- definição, em conjunto com os municípios, de mecanismos de referência e contra-referência, bem como outras medidas que assegurem o pleno desenvolvimento das ações de assistência e vigilância;

3- desenvolvimento de tecnologias alternativas que visem adequar conhecimento às necessidades das regiões;

4- capacitação de recursos humanos para a realização de ações em saúde do trabalhador;

5- estabelecimento de rotina de sistematização, processamento e análise de dados sobre a saúde do trabalhador;

6- elaboração do perfil epidemiológico da saúde dos trabalhadores no Estado;

7- prestação de cooperação técnica aos municípios;

8- instituição e manutenção de cadastro atualizado das empresas, classificadas nas atividades econômicas desenvolvidas no Estado, com indicação dos fatores de risco que possam ser gerados ao contingente populacional, direta ou indiretamente a ele expostos;

9- estabelecimento de normas técnicas (CEREST/SP, 2004).

No momento as pesquisa, sua equipe profissional estava estruturada de forma multidisciplinar, contando com médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos, psicólogos, advogados entre outros profissionais, e dividida por setores interligados no planejamento e desenvolvimento das ações.

Uma das vertentes de pesquisa em prol do aprimoramento de tecnologias na área de saúde do trabalhador é PTR (Programa de Tratamento e Reabilitação). Esse programa, de caráter assistencial, atendia trabalhadores portadores de LER/DORT e sua descrição se faz necessária em virtude de representar o contexto de produção dos portadores de LER/DORT.

6.1.1. O Programa de Tratamento e Reabilitação e sua relevância no estudo

O PTR consiste em projeto que visa à consolidação de modelos de assistência à saúde do trabalhador portador de LER/DORT e foi desenvolvido pela equipe do CEREST/SP em consonância com os pressupostos da NOST/SUS de capacitação de recursos humanos para a realização de ações de saúde do trabalhador, e aprimoramento de tecnologias na área.

Sua primeira versão foi montada e aplicada ainda no PST-ZN na década de 90, e sofreu, desde então, diversas modificações no sentido de aprimorar o modelo. Durante a execução da presente investigação, ele contava com a participação da equipe multidisciplinar formada por médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e acupunturistas.

Os critérios de inclusão no programa consistiam em:

- ser portador de LER/DORT, ou seja, apresentar nexo causal estabelecido por diagnóstico médico entre a patologia músculo-esquelética apresentada e o trabalho (atual ou anterior);
- disponibilidade para o tratamento;
- nunca ter participado do PTR.

Os trabalhadores eram inscritos por encaminhamento de serviços municipais de assistência à saúde do trabalhador (principalmente pelo CRST-Sé - Centro de Referência em Saúde do Trabalhador “André Grabois”), via sindicatos ou demanda espontânea.

O programa era realizado de forma semestral e tinha duração de 4 meses, com necessidade de comparecimento no serviço por três vezes consecutivas na semana, todas no período da manhã. A cada semestre eram aceitos para o programa uma média de dez a dezoito pacientes, de acordo com a capacidade física, e de recursos humanos para o desenvolvimento das atividades.

As atividades terapêuticas consistiam em sessões individuais (fisioterapia e acupuntura) e grupais (Grupo Qualidade de Vida, Trabalho Corporal e Grupo de Terapia Ocupacional). As sessões de fisioterapia e acupuntura individuais eram facultativas. Os atendimentos fisioterapêuticos eram oferecidos na frequência de uma vez por semana para cada paciente, com duração de 50 a 60 minutos durante os 4 meses de PTR. As sessões de acupuntura eram responsabilidade de uma equipe de profissionais que utilizava o CEREST/SP como campo de supervisão de estágio (convênio

estabelecido com escola de acupuntura), contando com dinâmica própria de agendamento e número de consultas.

Os encontros em grupo eram obrigatórios, devendo o portador de LER/DORT freqüentar os três tipos de atendimento oferecidos: Grupo de Psicologia, Trabalho Corporal e Grupo de Terapia Ocupacional.

O Grupo de Psicologia era coordenado por psicólogos, mas contava, impreterivelmente, com a participação de outros técnicos da equipe na co-coordenação. Dividia-se em dois momentos denominados “Qualidade de Vida” e “Oficinas Terapêuticas”. Os encontros abordavam temas recorrentes entre portadores de LER/DORT como: sentimento de culpa pelo adoecimento, de traição por parte da empresa, de isolamento social e de perda da identidade.

O Grupo de Trabalho Corporal, coordenado por fisioterapeutas e com participação dos demais profissionais da equipe na co-coordenação, visava a instrumentalização dos portadores em relação ao adoecimento físico, utilizando como veículo a apresentação de técnicas corporais factíveis em momento de crise.

O Grupo de Terapia Ocupacional, coordenado por terapeuta ocupacional, assim como os demais, era integrado por outros técnicos na co-coordenação e utilizava atividades expressivas como veículo na abordagem de temas relacionados ao cotidiano de portadores de LER/DORT como a necessidade de planejar o futuro tendo em vista as limitações impostas pela doença.

Todas as ações empregadas no PTR tinham como finalidade promover a discussão do processo saúde-doença-trabalho entre os participantes dos grupos, objetivando a reflexão sobre os determinantes da doença.

Representando o CEREST/SP serviço de referência nacional na área de Saúde do Trabalhador, o PTR era um programa desenvolvido com o objetivo de nortear os municípios no que concerne a esfera ambulatorial de assistência ao portador de LER/DORT.

Em sua monografia, Gutierre (2004), aprimorada em saúde do trabalhador pelo CEREST/SP, realizou um levantamento acerca da demanda atendida nos PTRs entre os meses de agosto de 2002 e agosto de 2004, ou seja, quatro versões do programa. Segundo seus achados, foram atendidos cinquenta e um sujeitos, destes, 90% eram do sexo feminino, com predomínio etário (70%) entre 31 e 50 anos. Além disso, afirma que as categorias profissionais mais freqüentes foram as de bancários, escreventes, telefonistas e digitadores, totalizando mais de 60% da demanda, ou seja, profissionais do setor de serviços. Quanto a situação profissional, 50% estavam empregados, enquanto 40% desempregados. Em relação a situação previdenciária, 35% recebiam auxílio-acidente (B91), 30% auxílio-doença (B31), 20% não recebiam benefício e 15% encontravam-se em outro benefício não citado.

Para o presente estudo, foram convidados portadores de LER/DORT matriculados nas quatro versões do PTR integradas pela pesquisadora, realizados no período que compreendeu o 1.º semestre de 2004 até o final

de 2005. Nos quadros abaixo estão descritos os perfis dos participantes de cada um dos grupos.

Tabela 2 - Dados referentes as versões do PTR no ano 2004.

Versão do PTR	1.º semestre	2.º semestre
Número de participantes	16	15
Sexo	16 mulheres	14 mulheres 1 homem
Faixa etária	20-30 anos - 4 31-40 anos - 4 41-50 anos - 4 51-60 anos - 3 61-70 anos - 1	20-30 anos - 1 31-40 anos - 4 41-50 anos - 6 51-60 anos - 3 Sem dados - 1
Profissão	Func. Público - 2 Auxi. de limpeza - 2 Bancário - 4 Administrativo - 2 Industria - 3 Gráfica - 1 Outros - 2	Auxi. de limpeza - 2 Bancário - 3 Telefonista/Operador de telemarketing - 4 Administrativo - 2 Industria - 2 Cozinheira - 1 Sem dados - 1

Situação	B 31 – 6	B 31 – 1
Previdenciária	B 91 – 2	B 91 – 10
	Empregado – 1	Empregado – 1
	Sem dados – 1	Sem dados – 1
	Sem benefício – 2	Sem benefício – 1
	Empregado - 1	Aposentado - 1
	Outros – 2	
	Sem dados -1	

Tabela 3 - Dados referentes as versões do PTR no ano de 2005

Versão do PTR	1.º semestre	2.º semestre
Número de participantes	10	6
Sexo	8 mulheres 2 homens	6 mulheres
Faixa etária	20-30 anos - 1 31-40 anos - 5 41-50 anos - 2 51-60 anos - 2	31-40 anos - 3 41-50 anos - 3
Profissão	Aux. de limpeza – 1 Operadora de lavanderia – 1 Arrumadeira – 1	Bancário – 1 Administrativo – 2 Aux. de limpeza – 1 Promotora de vendas

	Costureira - 1 Bancário – 2 Industria – 1 Imp. gráfico – 1 Op. de caixa - 2	– 1 Industria - 1
Situação Previdenciária	B 31 – 2 B 91 – 6 Alta – 1 Afastamento sem benefício - 1	B 31 – 3 B 91 – 1 Alta program. – 1 Sem dados - 1

O convite para integrar o estudo foi feito a todos os participantes dessas versões do programa, esclarecendo que era voluntário. O aceite aconteceu de forma desigual entre os grupos de participantes, assim, o subgrupo de portadores de LER/DORT da presente investigação foi constituído por uma mulher do grupo realizado no 2.º semestre de 2004, quatro indivíduos do grupo constituído no 1.º semestre de 2005 (três mulheres e um homem) e uma mulher do último grupo de PTR de 2005.¹⁰

O PTR foi tomado como campo de estudo por se tratar de espelho acessível do cotidiano do adoecimento pelas LER/DORT, quando os dados publicados carecem em representatividade da população. Os dados apresentados na tabela acima expõem a realidade da demanda que

¹⁰ Não serão relacionadas suas profissões para que a identificação dos sujeitos junto a seus registros de prontuário no CEREST/SP não seja possível.¹⁰

procurou o CEREST/SP, rica em diversidade de faixas etárias, profissões e situação previdenciária. Esses elementos reforçam o perfil e demanda do PTR levantado por Gutierre (2004) e, por isso, aceito em fidedignidade para a exploração desse grupo de indivíduos.

6.2. O INSS enquanto campo de pesquisa e ator no processo de transformação na relação médico-paciente para a sociedade brasileira

A importância deste capítulo, que descreve as origens do INSS, ultrapassa a formalidade de completar a apresentação do campo de estudo percorrido na investigação para alcançar a esfera de descrever a influência da consolidação dessa instituição nas mudanças que ocorreram, junto a relação médico-paciente, na sociedade brasileira.

Em resposta ao movimento de industrialização, que ocorreu a partir da década de 30 do século XX, um redirecionamento da força de trabalho levou a implantação de parques industriais e aglomerados de trabalhadores, sobretudo na região sudeste do país. Esse tipo de concentração, conseqüentemente, levou a um crescimento desigual dessa região em relação ao restante do país no que concerne a concentração de renda, industrialização, alteração do espaço urbano e, até mesmo, crescimento populacional. E, ainda, entre os moradores de uma mesma cidade, principalmente São Paulo, começava a tornar-se marcante a diferenciação social, desencadeada pelo fator acumulação de renda, gerando um “desenvolvimento desigual e combinado” (Scriber, 1993, pág. 139).

Em contrapartida, numa tentativa de disciplinar essa força de trabalho emergente, que ganhava volume e representatividade rapidamente e, ainda, objetivando garantir as mínimas condições de sobrevivência em caso de acidente, ou esgotamento da capacidade laborativa, o Estado apresenta a iniciativa de implementar um seguro social. A primeira roupagem do INSS foi intuída na década de 20 do século XX, na forma de CAPS – Caixas de Aposentadorias e Pensões. Sua organização se dava por empresa, de forma tripartite, Estado, empregadores e trabalhadores, e tinham a função de prestação de benefícios financeiros (pensões e aposentadorias), e assistência médica a filiados e dependentes. Quanto aos serviços de saúde, já nessa época, sua prestação estava submetida a compra de serviços privados pela impossibilidade financeira de criar aparato suficiente para atendimento da demanda, gerando, assim, diferenciação do poder assistencial por conjunto de trabalhadores. Esse modelo já apresentava caráter assistencialista e de não-universalização.

Nos anos 30, por deliberação do Estado, as CAPS passam por um processo de unificação por categoria profissional, constituindo-se nesse momento os IAPS – Institutos de Aposentadorias e Pensões. A mudança mais marcante não foi a descrita, unificação por categoria profissional, mas a presença direta do Estado na administração dos IAPS, através de um funcionário executivo, cuja autoridade deliberativa sobrepunha-se a de empregadores e trabalhadores, observando-se um mecanismo de captação de recursos financeiros sem o controle dos trabalhadores. A diferenciação da qualidade da assistência médica por categoria profissional se manteve,

uma vez que era determinada pelo poder financeiro da categoria; passava a vigorar um tipo de “cidadania regulada” em que cidadão era aquele que possuía situação ocupacional reconhecida e definida pelo Estado (Cohn e Elias, 2003).

Nas décadas seguintes, o número de trabalhadores vinculados aos IAPS cresceu em decorrência da oferta de empregos nas indústrias, ou seja, houve um aumento marcante na clientela, e no volume de recursos destinados ao seguro social. Em 1964, período em que ocorreu o Golpe Militar, foi instituída a unificação da Previdência Social e, posteriormente, no ano de 1966, foi criado o INPS – Instituto Nacional de Previdência Social. Em razão da grande importância arrecadatária da Previdência Social, uma das principais fontes de renda da União no período, no ano de 1974 foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social. O panorama em que esse novo ministério foi constituído era o de um Brasil campeão mundial de acidentes de trabalho. Em virtude dessa realidade foram alterados os critérios de seguro para acidentes de trabalho. A modificação mais marcante foi a da responsabilização do INSS pelo ônus do afastamento do trabalho após seu 16.º dia, manobra que levou acarretou em diminuição dos índices de acidente pela subnotificação de eventos menores.

O desmembramento do SINPAS (Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social) em INPS (Instituto Nacional de Previdência Social) e INAMPS (Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social), entre outros órgãos, caracterizou um período de importante compra de

serviços privados de saúde por este, enquanto aquele tratava da concessão dos benefícios.

O “rombo” no orçamento da previdência veio à tona no ano de 1979 e exigiu um movimento em prol do aumento da receita através de alterações nas condições do pagamento dos benefícios, com acréscimos nas alíquotas de pagamento de empregadores e empregados e, contribuição sobre aposentadorias e pensões pagas, medida revogada posteriormente.

A constituição homologada no ano de 1988 garantiu ao cidadão o direito à saúde através da instituição do SUS – Sistema Único de Saúde – ampliou o espectro da proteção social com a universalização da cobertura e levantou questões que se mantinham até o período de realização desta pesquisa. A dificuldade da Previdência em atender aos pressupostos constitucionais reside na questão do financiamento dos recursos. O sistema de contribuição está alicerçado no direito individual, uma vez que é financiado por empregados e empregadores, a partir do recolhimento da folha de pagamento e salários, e, no direito coletivo, a medida em que são geradas contribuições patronais sobre o faturamento e o lucro. Contudo, resta a arrecadação de encargos previdenciários referentes aos funcionários da União, cujo fluxo de repasse de recursos para a Seguridade Social apresenta-se em constante atraso ou deficit. Essa dívida acabou por levar à suspensão do repasse de recursos financeiros da Previdência Social para saúde nos três níveis: federal, estadual e municipal (Schraiber, 1993; Conh e Elias, 2003).

6.3. (Des)Encontro da assistência com a previdência

Apresentados os dois campos pelos quais transitaram os sujeitos de pesquisa, algumas considerações sobre aspectos de intersecção entre esses dois universos, a previdenciária e a assistência, devem ser ponderados. Para que a relevância dos estudos que enfocam a saúde do trabalhador na sociedade brasileira contemporânea possa ser compreendida, é preciso demonstrar seu impacto social, controversidade e escassez dos dados registrados acerca dessa problemática.

De acordo com compilação de trabalhos, debates e documentos apresentados na III Conferência Nacional de Saúde do Trabalhador – 3.º CNST (2005), em relação a População Economicamente Ativa (PEA), constituída por 82.902.480 pessoas no ano de 2002, de acordo com dados do IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Pesquisa), aproximadamente 75.500.000 delas eram consideradas ocupadas. Dessas, 22.903.311 eram empregados com carteira assinada, enquanto 13.861 037 não possuíam carteira assinada, ou declaração de vínculo empregatício.

Dos empregados domésticos (5.833.448 indivíduos), apenas 1.556.369 apresentavam registro em carteira de trabalho contra 4.275.881 sem esse registro e 1.198 sem qualquer tipo de declaração. Ainda, da parcela da população considerada economicamente ativa e ocupada, 13,72% estavam alocados no setor da Indústria e Transformação e 17,15% no setor de Comércio e Reparação.

Desses dados é possível inferir que do montante de trabalhadores ocupados em 2002 (75.471.556 pessoas), apenas 22.903.311 tinham direito a cobertura pela legislação trabalhista brasileira, e do Seguro de Acidentes de Trabalho (SAT)¹¹. Não são considerados aqui os trabalhadores domésticos com registro em carteira, pois a eles é facultativa a inscrição junto ao INSS e, por isso, não são todos que possuem direito de recorrer ao SAT, ou se apresentam nas estatísticas da instituição.

A importância da elucidação desses dados relativos ao SAT reside no fato de que em suas estatísticas estão referenciados apenas um terço da PEA, e esse é o banco de dados organizado e disponível à consulta de do perfil de morbidade e mortalidade dos trabalhadores que desempenham sua atividade profissional no Brasil (MS, 2005).

De acordo com os dados apresentados na 3.^a CNST “Apesar do SUS ser responsável por grande parte da assistência médica, hospitalar e ambulatorial às vítimas de agravos relacionados ao trabalho, na rede pública de saúde, não estão disponíveis informações sobre os custos. A ausência de dados consistentes dificulta a identificação e o dimensionamento de fontes de custeio socialmente justas para ações em SST. (pág. 181)”.

¹¹ A respeito do SAT: “São cobertos pelo Seguro de Acidentes do Trabalho – SAT: o segurado empregado, o trabalhador avulso e o segurado especial, no exercício de suas atividades. Segundo o artigo 19 da Lei 8.213 de 24 de julho de 1991, “acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, ou pelo exercício do trabalho do segurado especial, provocando lesão corporal ou perturbação funcional, de caráter temporário ou permanente”. Pode causar desde um simples afastamento, a perda ou a redução da capacidade para o trabalho, até mesmo a morte do segurado. Para que o acidente, ou a doença, seja considerado como acidente do trabalho é imprescindível que seja caracterizado tecnicamente pela Perícia Médica do INSS, que fará o reconhecimento técnico do nexos causal entre o acidente e a lesão; a doença e o trabalho; e a causa mortis e o acidente. Na conclusão da Perícia Médica, o médico-perito pode decidir pelo encaminhamento do segurado para retornar ao trabalho ou emitir um parecer sobre o afastamento” (MPS, 2006).

A subnotificações dos acidentes de trabalho é uma realidade para o Brasil. Pesquisa realizada pela Faculdade de Medicina da Universidade Estadual Paulista, na cidade de Botucatu (SP), afirma que de cada quatro acidentes de trabalho apenas 0,9 tem registro previdenciário (MS, 2005). Quanto as bases de dados epidemiológicos da Previdência Social, o Brasil apresentou, no período que compreende 1999 a 2003, um coeficiente de mortalidade de 14,4 por 1000 trabalhadores (MS, 2005). Quando comparados a realidade de outros países como a Finlândia no ano de 2001 com coeficiente de mortalidade 2,1, ou França com 4,4 no ano de 2000, é possível perceber que, quando o dado conhecido pela notificação é alarmante, conhecer a existência da subnotificação engrandece a gravidade do problema (MPS, 2005).

Quanto ao adoecimento pelo exercício profissional, para a Previdência Social, envolvida no custeio dos benefícios a serem pagos aos trabalhadores segurados pelo INSS, entre os anos de 1999 a 2003 foram concedidos “(...) 854.147 benefícios por incapacidade temporária ou permanente por acidentes de trabalho, ou seja, uma média de 3.235 auxílios doença, ou aposentadorias por invalidez por dia útil. No mesmo período, foram registrados 105.514 casos de doenças relacionadas ao trabalho” (MS, 2005, pág. 180).

Direcionado o entendimento das estatísticas relativas à concessão de benefícios às LER/DORT, é possível afirmar que estas “respondem por mais de 80% dos diagnósticos que resultaram em concessão de auxílio-acidente e aposentadoria por invalidez pela Previdência Social em 1998” (MS/

OPAS/OMS, 2001. pág. 426). Este dado aponta a relevância social desse grupo de patologias já que, levando-se em conta a subnotificação e a descaracterização donexo causal, no momento de perícia médica, dado discutido em capítulo posterior do estudo, é capaz de deter elevada representatividade em volume de benefícios junto ao Ministério da Previdência Social.

Na caracterização do universo de adoecidos pelas LER/DORT, segundo os achados de Neves (2006), a doença apresenta diferentes prevalências entre os gêneros, sendo mais freqüente entre as mulheres. Durante muito tempo acreditou-se que essa diversidade residia na fragilidade emocional inerente a mulher, e o adoecimento músculo-esquelético seria fruto de sobrecarga psicológica exteriorizada pelo psicossomatismo, sendo as adoecidas denominadas “histéricas” (Almeida e Codo, 1995).

De forma associada estava a ideologia de que algumas pessoas adoecem por razões constitucionais, ou seja, sistema imunológico e muscular mais fraco ou menos adaptado às pressões do trabalho. E, reiterando os pressupostos de delicadeza do sexo feminino, essa seria mais uma das causas pelas quais as mulheres encabeçariam as estatísticas de adoecidos. Esses pressupostos caracterizavam a culpabilização do indivíduo por sua doença e a isenção dos meios de produção, dos modelos de organização social, das empresas e do Estado por essa realidade (Almeida e Codo, 1995; Minayo-Gomez e Verthein, 2000; Takahashi e Vilela, 2003).

Muito se avançou no campo de conhecimento das doenças ocupacionais e outras explicações menos reducionistas e psicologizantes tomaram vulto. Acredita-se que a explicação para o maior acometimento das mulheres pelas LER/DORT esteja atrelado ao fato de que ocupam cargos que concentram uma grande sobrecarga de trabalho minucioso a ser desenvolvido, sob baixa remuneração e em funções desprestigiadas socialmente, exercidas em postos de trabalho caracterizados pela concentração de um elevado índice de adoecidos pelas LER/DORT. De acordo com os achados de Neves (2006), quando existe paridade na divisão do emprego da mão de obra entre os gêneros encontra-se equidade nos dados relativos às LER/DORT.

Em outros países, esse padrão de emprego da mão-de-obra feminina se repete. Na França dos anos 70 a força de trabalho feminina era caracterizada pela desqualificação, submissão a postos de trabalho que contavam com ritmo imposto (linha de montagem ou pela maquinaria) e pequeno controle sobre os meios de produção. Na Suécia, a inferioridade dos salários pagos para mulheres em postos de trabalho caracterizados pela monotonia da tarefa e repetitividade também acontecia. Na Austrália, local em que teorias acerca das LER/DORT se confrontam, a condição feminina se agrava quando se trata de imigrantes, empregadas sob a égide do trabalho manufatureiro pautado na baixa remuneração e péssimas condições de trabalho (Takahashi e Vilela, 2003).

“As mulheres são preferidas nas tarefas consideradas secundárias e de baixa qualificação, sendo alocadas em atividades que exigem mais atenção,

concentração, detalhamento, agilidade, destreza, precisão, fineza, velocidade e repetitividade de movimentos, obediência, paciência, disciplina, delicadeza e sensibilidade do que aquelas exercidas pelos homens (Neves, 2006, p. 1258).”

A postura de resignação feminina estaria condicionada à necessidade de prover o sustento da família, sendo muitas vezes ela a única fonte de renda do domicílio. A escassez de recursos financeiros, associada aos baixos salários, levam ao desempenho de dupla jornada profissional, ou a procura por outras fontes de remuneração paralela. Ainda, é possível citar uma tripla parte dessa jornada de trabalho para a mulher, a dos afazeres domésticos (Takahashi e Vilela, 2003).

7. OS SUJEITOS DO ESTUDO

O propósito deste primeiro capítulo de análise foi a caracterização dos sujeitos de pesquisa, apresentando as marcas de sua individualidade, elemento que precede a abordagem dos processos de significação sobre o objeto de estudo, uma vez que é construtor do panorama em que isso acontece. Os dois subgrupos de sujeitos serão apresentados de forma separada, começando pelos médicos peritos.

7.1 Os médicos peritos

Para a caracterização deste subgrupo, foram definidos três eixos temáticos apreendidos por meio dos relatos coletados: o indivíduo, a formação e carreira médica e o significado de ser médico perito do INSS/SP. A definição dos eixos temáticos ressalta a importância do fator “trabalho” para esses sujeitos, assunto freqüente nas falas. A seguir são discutidos os eixos temáticos encontrados assim como analisado seu conteúdo.

7.1.1. O indivíduo: do ‘quem sou’ ao ‘o que sou’.

Deste estudo aceitaram participar três médicos peritos do sexo masculino¹², com idades entre 50 e 65 anos. Esses sujeitos foram contratados pelo INSS/SP há mais de 20 anos, no último concurso realizado. Atuaram, inicialmente, na prática da perícia médica por um período aproximado de 10 anos e, no momento da pesquisa, encontravam-se em cargos da Auditoria de Perícias Médicas do Estado de São Paulo. Explicando, sua atividade profissional junto ao INSS/SP consistia na supervisão de outros médicos peritos que executavam perícias pelo estado, fossem eles contratados ou credenciados.

Com o objetivo de ampliar o terreno de análise e provocar positivamente os entrevistados, cada uma das entrevistas teve início com pergunta dirigida à vida pessoal do sujeito, instigando uma reflexão mais profunda acerca dos fatores que levaram à escolha da carreira previdenciária. O dado encontrado por Schraiber (1993), em sua investigação sobre a autonomia do trabalho médico, se repetiu neste estudo, os profissionais médicos preferiram não revelar aspectos de sua vida privada, uma vez que os entrevistados optaram por direcionar a resposta à descrição de sua trajetória profissional. Além da razão descrita, peculiar a esse subgrupo de sujeitos, o fato da entrevista ter sido realizada em local de trabalho, entre pessoas de diferentes esferas sociais (pesquisadora

¹² Os nomes dos médicos peritos do INSS/SP que aceitaram participar da entrevista foram trocados na apresentação de seus relatos, com a finalidade de garantir seu anonimato.

acadêmica/médicos peritos), sem relação prévia, tenha reforçado a omissão de relato sobre a intimidade .

“(Risos) ... é eu sou médico formado pela PUC, em 1969. É logo depois de formado fiz residência(...)”. (Dr. Marcos)

“Eu, também a mesma forma com que o Dr. Marcos, eu me formei na Faculdade Federal de Medicina do Triângulo Mineiro, vim fazer em São Paulo o internato (...)”. (Dr. João)

Apenas um deles, o primeiro a ser entrevistado permitiu que se soubesse que é paulistano e morador da cidade de São Paulo.

“Então, sou nascido em São Paulo, sou médico pela Escola Paulista de Medicina, 35 anos de formado,(...) 30 anos. Moro em São Paulo, trabalho como médico aqui em São Paulo.” (Dr. Sandro)

Ainda, é possível inferir que “quem sou” esteve diretamente relacionado ao “o que sou” no contexto social, o que remete a explicação do “sujeito médico” pelos entrevistados. A produção social desses sujeitos em sociedade pareceu intimamente ligada a sua existência profissional, enquanto médico perito.

7.1.2. A Formação e a carreira médica

A orientação profissional dos entrevistados foi o determinante para sua inclusão na pesquisa e, por isso, elemento passível de exploração e assunto de grande importância, já que mencionado nos primeiros fragmentos dos relatos. Aproveitando essa abertura, foi pedido aos sujeitos que explicassem as razões e eventos que levaram a escolha pela carreira de perícias médicas no INSS. Em resposta, foi produzido material denso em detalhamento da trajetória profissional de cada um dos entrevistados e, mais que isso, um retrato dos elementos que compuseram o momento histórico da sociedade brasileira em que essa inserção no mercado de trabalho ocorreu.

Para o primeiro entrevistado, Dr. Sandro que, com idade superior em relação aos demais, formou-se alguns anos antes, momento em que pressupostos da *medicina liberal* ainda vigoravam, e por isso, a a especialização técnica ainda não era preocupação.

“É, eu não fiz residência. Na época em que me formei a residência era, muito pouca gente que fazia. Eu fiz um estágio de 4 anos no serviço cirurgia geral do professor B. M., no hospital S. C.. Então minha formação é de cirurgião geral e depois sempre passei a fazer a perícia médica”. (Dr. Sandro)

Para os outros entrevistados, com formação posterior, despontou a necessidade da especialização, contudo, menos decisiva para o encaminhamento da carreira, já que esse período foi marcado por grande oferta de emprego nas áreas estatal e privada.

“ (...) fiz residência médica no Hospital do XX, me especializei inicialmente em endocrinologia, comecei a dar aula na Faculdade, onde eu dei aula de propedêutica e de endocrinologia durante 5 anos. Depois de encerrado, concluído a residência médica, fui médico do S. P., da endocrinologia, por mais 5 anos, e também comecei a fazer perícia médica, em 1973 eu comecei a fazer perícia médica”. (Dr. Marcos)

“ (...)depois mediante concurso público fiz a residência, mediante concurso público fiquei médico do XX também, mais de 20 anos”. (Dr. João)

Aqui, os entrevistados freqüentaram as escolas médicas entre as décadas de 70 e 80 do século XX e, por isso, estão inseridos, de acordo com Schraiber (1993), em uma fase da medicalização brasileira caracterizada de *medicina tecnológica empresarial*, marcada pelo atrelamento da prática médica ao exercício da profissão em hospitais e ambulatórios privados, cuja compra dos serviços era garantida por um Estado carente em equipamentos de saúde de alta complexidade, e responsável por atender a demanda crescente de segurados da previdência social quanto a suas necessidades assistenciais de saúde. O próprio setor

estatal era campo de emprego da mão de obra do médico, pois contava com a injeção de recursos provindos das massas trabalhadoras cobertas pelo seguro da previdência social.

De forma mais explícita, o INSS apresentou importância junto a consolidação da prática da *medicina tecnológica empresarial* na sociedade brasileira. O engrandecimento em número de segurados e, por conseguinte, de contribuições, exigiu a ampliação da rede de assistência médica, executada através de contratações maciças de funcionários públicos e de serviços privados de saúde, principalmente em média e alta complexidade (Schraiber, 1993; Cohn e Elias, 2003).

Os relatos apreendidos entre esses entrevistados estão impregnados de aspectos que remetem a transição entre esses dois momentos da medicalização brasileira, da *medicina liberal* para a *medicina tecnológica empresarial*. Mais adiante, na análise será possível perceber que os entrevistados mostraram elementos de idealização de sua atuação médica, característica da *medicina liberal*. Contudo, os preceitos da *medicina tecnológica empresarial*, como a padronização do atendimento ao paciente dentro da hierarquia da estrutura institucional, e a procura por parâmetros objetivos para a validação do diagnóstico foram explicitados nos relatos, recaindo essa dicotomia sobre a significação da relação médico-paciente.

Dr. Sandro expressou certa vinculação aos ideais da *medicina liberal*, quando afirmou não ter cursado residência, que essa especialização seria dispensável na época de sua formação. Os demais entrevistados, de formação posterior, já encontram o caminho da especialização técnica,

porém, ainda de forma diferenciada aos dias de hoje, como fluxo de encaminhamento após a faculdade, não como condição de empregabilidade.

Outro ponto marcante nas falas foi a explicação acerca das razões que levaram a escolha da atividade de médico perito, descrita pelos entrevistados como inusitada e entendida, neste estudo, como impulsionada pelo movimento histórico de grande oferta de emprego na área estatal, principalmente no INSS.

“ (...) Então minha formação é de cirurgião geral e depois sempre passei a fazer a perícia médica.”

“Foi casual, foi casual... eu fiz um concurso público para cirurgia geral onde poderia colocar uma segunda opção. Eu havia feito um curso por solicitação de uma empresa onde eu atendia funcionários, eu tinha feito um curso de perícia médica. Então eu coloquei também como opção perícia médica e fui 23.º aprovado no concurso e acabei ficando na área”. (Dr. Sandro)

“(...) Eu costumo dizer que nessa história pericial, no início é, quando foi criada a perícia ela era uma atividade considerada secundária para o médico e nós começamos sem nenhum preparo pericial, nós não sabíamos o que era perícia, apenas em 10 dias eles nos falam “você tem que dizer se ele é capaz ou incapaz.” (Dr. João)

Mesmo que não planejada, os entrevistados referiram-se à escolha da carreira na perícia médica do INSS como acertada. Isso pode se justificar pelo fato de que foram contratados, em regime do antigo INPS, em momento

de crescimento, em que o instituto contava com injeção de esforços e recursos financeiros. Os sujeitos fizeram questão de descrever sua trajetória na instituição, principalmente suas promoções e tempo de serviço.

“É, a minha carreira na perícia médica, que inicialmente fui perito, em Santo Amaro, durante 10 anos, depois eu fui transferido para a Vila Mariana, também como médico perito, executando perícias médicas durante mais 5 anos, depois eu vim para a sessão de Supervisão Pericial, na perícia médica do Estado de São Paulo onde, junto com o Dr. João , estava assessorando o X. Y.que era o chefe da sessão de perícia médica. A sessão de perícia médica foi extinta a mais ou menos 5, 6 anos quando foi criado o serviço de auditoria de perícia médica, auditoria de benefícios em perícia médica e nós estamos desde o início nessa sessão de auditoria, eu, o Dr. João e agora o Dr. Sérgio.” (Dr. Marcos)

“E, fiz perícia e há algum tempo já eu estou nessa área de supervisão, e depois, até, quando extinguiu a sessão de perícia médica, nós estamos juntos aqui na Auditoria de Perícias Médicas do Estado de São Paulo.” (Dr. João)

“É, completando 30 agora, neste ano são 30 [anos de perícia médica].” (Dr. Sandro).

7.1.3. O significado de ser médico perito

No transcorrer das entrevistas, cada um dos sujeitos foi construindo o significado de ser médico, e de ser médico perito do INSS/SP. Tornou-se imperativo explorar essa dimensão, determinante na gradação do envolvimento do indivíduo com sua profissão e, por conseguinte, de sua atuação como médico perito e seu lugar na relação médico-paciente.

Os médicos entrevistados fazem parte de um grupo seletivo de peritos uma vez que foram contratados em época de crescimento do INSS, como descrito anteriormente, e se mantiveram empregados na instituição, tendo presenciado momentos de crise e transformações e, esses elementos justificam a importância de explorar suas concepções sobre o exercício do ofício de médico perito.

A certa altura, quando os sujeitos mostraram envolvimento suficiente com a situação de entrevista e com as temáticas expostas, eles foram argüidos a respeito do “significado de ser médico perito do INSS”, de forma literal. A reação de surpresa em relação à pergunta foi unânime.

“O que é ser médico perito? É uma encrenca boa. Eu acho que fundamentalmente é ser um técnico, em que você procura com seus conhecimentos médicos reconhecer uma patologia e qual é a limitação que essa patologia causa no trabalho de um determinado segurado. Basicamente seria isso.” (Dr. Sandro)

Para esse entrevistado, particularmente, a resposta foi incisiva e pontual, mas o desenvolvimento do significado de ser médico perito continuou a ser construído, de forma implícita, durante a totalidade de seu relato.

“Tem o interesse pessoal, o indivíduo querer se sentir bem como perito ou não. Quem quer se sentir bem vai se formar, também. A segunda coisa que eu acho que é importante, agora me perdi, eu tava falando desse conhecimento do trabalho, e aquilo que eu te falei do bom senso da avaliação e confia-se naquilo que ta na carteira de trabalho do indivíduo, certo.”

“(...)acho que é uma coisa muito interessante, eu acho que é muito difícil, é... a gente tem que ter... bastante consciência daquilo que tá fazendo e ter muito claro que a gente tem que ser técnico. Se a gente for emocional fica pesado, fica muito difícil. Eu acho isso, (concordando comigo sobre a pressão social) em palestras que a gente dá, em treinamentos, eu sempre ponho isso muito pro perito, pro pessoal que tá muitas vezes começando, colegas meus experientes, se vai viver um conflito pessoal eterno e num conflito se você não for muito técnico. Tem que se ater à avaliação técnica, em cima de normas, se for ver a parte social, toda essa coisa, fica terrível, se sempre vai fazer um mau trabalho. Não vai ser um bom perito. Se vai fazer um mau trabalho, quer dizer, se vai conceder pra quem não tem direito e eu acho que o papel do perito é conceder pra aquele que tem direito, não é não conceder, conceder pra quem tem direito. Baseado nas normas...se a

gente for levar essa parte de assistência social não precisaria de perícia, seria só conceder.” (Dr. Sandro)

Na construção de sua concepção sobre seu trabalho, Dr. Sandro interpolou em sua fala pontos da *medicina tecnológica* (tecnificismo da prática e a subordinação à instituição) e da *medicina liberal* (o papel do médico enquanto ator social, “medico cidadão”) mostrando que o subjetivo deve fazer parte da atuação médica mas que encontra muitas limitações. Os demais entrevistados, através de discurso entusiasmado e, de certa forma carregado de idealização, reforçaram a importância de seu ofício e no tocante ao cumprimento da legislação.. O relato de Dr. Sandro abrigou elementos que sugeriram a concepção do significado através da problemática no cotidiano da relação médico-paciente, enquanto Dr. Marcos e Dr. João o fizeram de forma mais distanciada, enfocando a esfera institucional.e burocrática.

“Ah, eu comecei na perícia em 82, há 24 anos atrás eu era 80% cardiologista e 20% perito. Hoje, eu sou 80% perito e 20% cardiologista. Eu era médico quando eu comecei minha atividade, hoje eu sou médico e advogado. Eu acho que fica bem claro o envolvimento nosso com essa atividade e, no meu caso, foi envolvimento total, eu mudei minha vida, minha perspectiva era ser um cardiologista, só. Hoje sou perito e, eventualmente, faço cardiologia só para não perder, não me distanciar da vivência clínica da medicina.”

“ (...) é uma atividade apaixonante, é algo que hoje eu estou tão envolvido que eu estou fazendo mestrado em direito previdenciário na PUC, com o professor W.V., que é o maior ícone em direito previdenciário e eu, é o envolvimento da perícia, por quê? Porque eu ia ler direito previdenciário, eu tinha dificuldade em saber o que é custeio. Então, eu estou lá fazendo o mestrado na PUC em direito previdenciário, quem sabe um dia até pra poder, da mesma forma, até estar me envolvendo na atividade docente dentro da perícia médica, né.” (Dr. João)

O mesmo entrevistado finalizou a fala de forma entusiasmada.

“ (...) Então, é gratificante, é apaixonante, da mesma forma com que você está fazendo esse trabalho, você vai ficar apaixonada, daqui a pouco você vai fazer alguma coisa relacionada com perícia, eu to certo disso, viu. Obrigado.” (Dr. João)

No dia da sessão de entrevista com Dr. Marcos e Dr. João, o primeiro havia tomado decisão importante sobre os rumos do exercício de sua prática médica. Ele preferiu permanecer na Auditoria do INSS/SP a assumir um cargo de chefia em Hospital Público de renome. Quando ele descreveu o significado de ser médico perito, da mesma forma que Dr. João, relacionou sua atividade profissional com a área de direito.

“ (...) Eu acho que é uma atividade bastante, é, compensadora, ela é, tanto que eu estou fazendo, eu estou atuando nessa área há 35 anos, aprendi

muito. (...) Mas com o tempo você vai aprendendo através dos erros que a perícia é algo, a perícia tem um embasamento científico e é muito gostoso quando você percebe que a atividade pericial tem o seu embasamento científico. E você começa a estudar a ciência perícia. Quando você começa a estudar que a perícia, ela é uma atividade que está paralela ao direito. Então, você vai estudar a legislação, você vai estudar o que é direito e vai se aprofundar no estudo da medicina para ajudar o direito. Então, a perícia te dá todos essa, esse prazer, ela é uma atividade bastante gostosa. Eu acho que é isso fazer perícia médica na Previdência Social.” (Dr. Marcos)

7.2. Os trabalhadores portadores de LER/DORT

No outro pólo da investigação encontram-se os portadores de LER/DORT. Esse conjunto de sujeitos apresentou-se ecleticamente estratificado em relação à idade, origem, escolaridade e profissão. A convergência dessas diferenças perpassou as características inerentes ao adoecimento comum, alcançando a luta pelo reconhecimento do direito previdenciário.

Da mesma forma que para os médicos peritos, com o objetivo de direcionar a análise, foram estabelecidos três eixos temáticos baseados no conteúdo das entrevistas: o indivíduo, a história do trabalho e o significado do trabalho. Os entrevistados discorreram detalhadamente sobre conteúdos relacionados a história do adoecimento e questões previdenciárias, fato atribuído à informação que receberam sobre o assunto da entrevista, assim como motivações pessoais fomentadas por questões contemporâneas ao momento da investigação.

7.2.1 Os indivíduos

O estudo contou com a participação de cinco mulheres e um homem, todos pacientes do CEREST/SP, integrantes de alguma das versões do PTR incluídas na investigação.

Esses sujeitos apresentaram idades entre 30 e 55 anos; para às LER/DORT, apesar dos estudos encontrarem uma predominância de

acometimento na faixa etária que compreende dos 25 aos 50 anos, idade “produtiva”, elas podem atingir tanto profissionais que estão em início de carreira como aqueles que estão à beira da aposentadoria (Neves, 2006). A entrevistada que apresentou idade superior a 50 anos estava a espera da aposentadoria.

Tabela 4 – Apresentação dos portadores de LER/DORT

Entrevistado	Idade
Jairo	38 anos
Maria Fernanda	48 anos
Maria Lúcia	38 anos
Marília	35 anos
Nice	54 anos
Priscila	35 anos

Ao início das tomadas de entrevista, os sujeitos se mostraram um tanto apreensivos e desconfortáveis, fenômeno atribuído ao desconhecimento do roteiro de entrevista, e a novidade que a situação em si representava para eles. Após algumas respostas, foi estabelecido um clima de bate-papo em que os entrevistados percebiam liberdade para tratar das temáticas de acordo com seu entendimento, transcorrendo as sessões de forma fluente.

As entrevistadas apresentaram, à época da pesquisa, idades entre 35 e 54 anos. Todas eram residentes da região metropolitana da cidade de São Paulo. Em relação aos Estados de origem, três são paulistas, uma

paranaense e a última do Ceará. Esta explicou o motivo de sua vinda para São Paulo e sua vontade de voltar para a terra de origem.

“Vim pra cá passear e eu conheci meu marido, fiquei aqui exatamente por causa do meu marido, e às vezes eu me pergunto o que eu estou fazendo aqui, eu nunca pensei em morar aqui, nunca...” “ (...) tô aqui por acaso, porque meu marido é daqui né, e eu sei que no meu lugar não tem mais chance.. (...) Eu tenho vontade de voltar pro meu lugar, né, que lá ... que a terra que a gente mora a gente nunca esquece, né.” (Maria Lúcia, 38 anos)

O único entrevistado do sexo masculino é procedente da Bahia, era residente de Ribeirão Pires, município vizinho a São Paulo, e deixou bem claro em sua fala as razões que o trouxeram para a capital paulista.

“Sou Baiano, estou aqui há 13 anos, mais ou menos (...).”

“ Então, é, eu cheguei aqui em 91 com o intuito de trabalhar e progredir, como todos que vêm do Nordeste. Não vem com o negocio de os braços cruzar ou busca algo, é simplesmente o trabalho e sobreviver do trabalho. E essa foi a minha meta.” (Jairo, 38 anos)

Quanto ao estado civil, duas eram casadas (Nice e Maria Lúcia), a entrevistada Maria Fernanda estava divorciada, e as outras duas estavam solteiras. As entrevistadas solteiras moravam sozinhas, uma delas estava grávida de seu primeiro filho, uma menina. Maria Fernanda tinha uma filha

com idade de 23 anos, outro filho do sexo masculino havia falecido. A entrevistada Maria Lúcia tinha uma filha de 14 anos e a entrevistada Nice possuía um casal de filhos adolescentes. O sujeito do sexo masculino também era casado e possuía uma filha de 7 anos .

O grau de escolaridade desses sujeitos variou bastante: três das entrevistadas e o sujeito do sexo masculino não conseguiram completar o ensino médio, enquanto as outras duas alcançaram graduação universitária, Priscila no curso de processamento de dados e Nice em letras, apesar de trabalhar como bancária.

“Eu tive que parar de estudar para trabalhar...adolescente...pra ajudar minha mãe...minha mãe era viva na época. Eu tive que parar de estudar para trabalhar...depois eu voltei a estudar de novo, né, me formei no ensino médico, né só que não tive oportunidade...tentei ter uma bolsa de estudos esse tempo aí do ENEM mas não consegui, não passei.” (Marília, 35 anos)

“ (...) estudei até o segundo grau, né, não cheguei a completar o segundo grau porque não deu e...tô aí né.” (Maria de Fernanda, 48 anos)

“Fiz faculdade, tenho faculdade em Processamento de Dado,s mas nunca trabalhei na minha área, nunca consegui nada na minha área porque sabe, empregos ai que eles querem anos de experiência ... pro recém-formado e não dão a chance nenhuma.” (Priscila, 35 anos)

“Eu cheguei aqui na 8.^a série, terminei na Bahia e depois concluí, depois do afastamento eu continuei estudando e terminei o fundamental.” (Jairo, 38 anos)

A relevância da investigação do grau de escolaridade dos sujeitos da amostra permitiu compreensão mais apurada das razões que levaram esses trabalhadores a desenvolver o tipo de atividade profissional referida.

7.2.2. A história do trabalho: o palco do adoecimento

Na caracterização dos trabalhadores portadores de LER/DORT se faz necessário conhecer seu trabalho porque foi o determinante para o desenvolvimento da patologia. E, quando revelada a presença da doença na trajetória profissional desses sujeitos, cidadãos comuns, a classificação do perfil epidemiológico de incidência das LER/DORT deixa de ser um conjunto de dados alarmantes, impressos em relatórios nacionais, para se tornar palpável àqueles que entram em contato com suas histórias. Esses casos saltam das estatísticas e se personificam no dia-a-dia, na presença da auxiliar de limpeza, da bancária, da caixa de supermercado, mais que uma profissão, possuíam nome e desempenhavam papéis sociais.

Desse universo de sujeitos, quatro das entrevistadas continuavam empregadas, mas afastadas pelo INSS; situação semelhante a do entrevistado do sexo masculino. A entrevistada Priscila teve alta previdenciária, retornou a seu antigo posto de trabalho e, em seguida,

recebeu demissão. Em decorrência disso, optou por entrar com pedido de revisão junto ao INSS.

No quadro abaixo foi realizada descrição da atividade profissional por entrevistado, e seu tipo de vínculo com o INSS para que sua situação de afastamento obtivesse melhor visualização e relação com os relatos.

Tabela 5 - Profissões e tipos de benefício previdenciário dos portadores de LER/DORT

Entrevistado	Idade	INSS
Jairo	Impressor tipográfico	B91, auxílio-acidente
Maria Fernanda	Auxiliar administrativa	Situação de benefício incerta
Maria Lúcia	Operadora de caixa de supermercado	B31, auxílio-doença
Marília	Auxiliar de limpeza	B31, auxílio-doença
Nice	Bancária	B 91, auxílio-acidente
Priscila	Auxiliar administrativa	B31, auxílio-doença

As entrevistadas Marília e Maria Fernanda trabalhavam no mesmo hospital privado; Priscila era funcionária de empresa médica prestadora de serviços para hospitais e, assim, seu posto de trabalho sempre esteve alocado em algum deles. A entrevistada Nice era bancária em instituição financeira de grande porte, enquanto a entrevistada Maria Lúcia, trabalhava em supermercado de médio porte no bairro de Ermelindo Matarazzo (São Paulo). Por fim, a trajetória profissional de Jairo no estado de São Paulo,

palco do adoecimento, consistiu em duas empresas de pequeno porte como impressor tipográfico.

Desde o início das entrevistas, o assunto “trabalho” esteve presente nas falas. Qualquer que fosse a pergunta, os entrevistados enveredavam por caminhos que acabavam em explicações sobre o impacto do adoecimento no trabalho em outras esferas do cotidiano, possibilitando o aprofundamento de temáticas estabelecidas no roteiro de entrevistas e a abordagem de outras inusitadas.

Os entrevistados foram interrogados acerca de sua história profissional. Foi solicitado que realizassem uma retrospectiva pela memória, contemplando aspectos de sua trajetória profissional com a finalidade de alcançar um encadeamento de idéias e fatos possibilitador do reconhecimento em suas vidas.

De forma geral, sua inserção no mercado de trabalho se deu pelo setor de serviços, variável não intencionada para este estudo, uma vez que o convite foi oferecido a inúmeros portadores de LER/DORT, participantes do PTR. Tal ocorrência pode ser entendida quando acessados estudos anteriores que identificam essa predominância entre portadores de LER/DORT que procuram tratamento em relação aos demais, indústria e comércio (Batista, Garbin e Neves, 1998; Gutierrez, 2004; Neves, 2006).

Segundo Neves (2006), a predominância feminina entre os entrevistados pode ser explicada: “(...) Entre os anos de 1981 e 1990, 70% da força de trabalho feminina, no Brasil, encontrava-se concentrada em funções como: empregadas domésticas, operárias, secretárias, balconistas,

professoras e enfermeiras. Em 1998, representavam 87% dos secretários, 85% dos telefonistas, 83% dos recepcionistas, 67% dos auxiliares de escritórios e caixas (...) (pág. 1258)”.

Retomando os achados das entrevistas, Maria Lúcia, na época caixa de supermercado, relatou ter exercido diversos tipos de funções, enquanto os demais entrevistados apresentaram maior linearidade entre as atividades exercidas, sempre atribuídas de carga institucional e operacionalidade semelhantes, apesar de terem passado por diversos empregos.

“Aqui, antes desse serviço [operadora de caixa de supermercado] eu trabalhei 1 ano e 5 meses numa loja, aí eu saí pra casar, parei, né, e, trabalhei em lotérica, lá no Ceará, uns 3 anos e, trabalhei na Febem de lá (Ceará), sim, trabalhei 1 ano e nove meses, não agüentei... (Por que?) porque as crianças de lá, criança da Febem não é criança normal, lá a gente só trabalhava com crianças e adolescentes mas não é diretamente como aqui que é interno. Lá eles, iam, eles tinham período da manhã, período da tarde, eu trabalhava no período da tarde de segunda a, de segunda a quinta eu trabalhava direto com as crianças na sexta era planejamento e, as crianças é, faziam as refeições lá, a gente servia, colocava tudo numa sala...”

“ (...) Eu fazia serviço trabalho de educadora, cuidava deles. É assim, a gente ensinava, a gente brincava, levava pra jogos só que eles na têm interesse nisso. Eles não têm interesse, são umas crianças muitas adultas e, perigosas ...”

“ (...) Só em loja e depois no mercado. Aí eu casei, eu passei 6 anos sem trabalhar, 5 anos, aí eu abri um negócio pra mim, eu tinha uma bombonierizinha, depois eu passei só 1 ano com essa bombonieri e fechei. Minha filha era pequena aí fechei, aí 1 ano depois eu entrei nesse supermercado.” (Maria Lúcia, 38 anos)

A atividade de operadora de caixa de supermercado foi o agente desencadeador das LER/DORT, já que a função consistia no exercício de tarefas repetitivas, carregamento de peso, utilização inadequado da maquinaria, manutenção prolongada de posturas estáticas, entre outros elementos geradores de sobrecarga músculo-esquelética associados a outros, relativos a organização do trabalho e seus agravantes como: pressão da chefia por produtividade e o não reconhecimento do adoecimento (Takahashi e Vilela, 2003; MS, 2005).

“Aí eu entrei em 97, e entrei em novembro, mas fui registrada em dezembro então, mês de dezembro lá trabalha muito, todo lugar né, trabalha muito, só que quando eu entrei lá não tinha banco de horas e era 15 dias direto, final de ano, abrindo e fechando e, a gente pega o pacote de arroz, a gente pega 6, pacote de 6 litros de refrigerante, caixa de leite, e eu, eu sou uma pessoa que sou muito, como é que se diz, trabalho muito rápido. (...) Então eu trabalhava muito rápido e lá a gente, tem aquela fila, os clientes ficam tudo, vai logo, não pode nem conversar, acha que a gente tá enrolando (Maria Lúcia, 38 anos).

As outras entrevistadas classificaram suas ocupações como repetitivas e “cansativas” para o corpo, sobremaneira a última, responsável pelo afastamento. Além disso, seu trabalho exigia concentração mental constante sob uma organização do trabalho baseada na pressão da chefia, e dos colegas de equipe por produtividade, sob baixa remuneração e precárias condições de trabalho, sobre o qual possuíam pouco controle dos modos de produção (Sato, 1993; Batista, Garbin e Neves, 1998 ; Neves, 2006).

“É isso que acontece com a gente no Hospital, quando chega o fechamento da, das notas de débito, principalmente do ex-pacientes, puxa, eu tenho 3 procedimentos pra fazer de um paciente só, e cada procedimento que você tem que fazer tem que mudar de tela, você tem que sair daquela tela, digitar a senha novamente, entrar em outra tela. Então, você não pode passar pro colega da noite, ele não aceita que você passe 1 nota de débito, não, não aceita. Isso já foi falado mas a nossa chefia não toma providência, nós já reclamamos, já falei, já cansei de tanto falar. Mesmo nas reuniões lá, né, antes de começar a sentir as dores no braço, falei né, que a gente não pode passar, é, pendências.”

“(...)Horário de janta, é, nós fazemos porque é assim, forçado, o serviço tá ali, os auxiliares eles vão pedir, é claro, eles tão precisando e eles vão sempre pedindo então, o que é que a gente faz “olha, pede pro fulano porque eu preciso, é, ir jantar.” Às vezes a gente vai e janta em 15 minutos l. Janta, levanta, tenho que ir porque o meu colega tá...” (Maria Fernanda, 48 anos)

“Eu aprendi sozinha porque as funcionarias as, te puxavam o tapete toda hora. Então, quer dizer, desde quando entrei a trabalhar eu tive sempre uma perseguição de duas funcionarias lá que Pelo Amor de Deus...”

“(...) Quando eu vim trabalhar no Hospital Z., eu sai do Hospital X. pra ir no Hospital Z. o, a minha gerente falou a que “ H., deixa a Priscila fazendo o faturamento porque ela é rápida pra digitar e pra escrever. “ Aí eu comentei com ele, “ Porque eu sou rápida pra fazer então eu assumi o faturamento” . Então, quer dizer, eu a fazia a maior parte do faturamento, a maior parte do faturamento era eu que fazia.” (Priscila, 35 anos)

A organização do trabalho está representada em tudo que perpassa, transversalmente, o cotidiano do trabalhador. Ela não se limita ao relacionamento do trabalhador com a equipe ou com a chefia, mas engloba a distância entre o trabalho real e o trabalho prescrito, o modo como as tarefas são direcionadas e executadas no interior da empresa, a hierarquização e as formas de controle impostas ao trabalhador (Sato, 1993; Martins, 2004).

A entrevistada Marília e o entrevistado Jairo mostraram maior estabilidade profissional, já que trabalharam em mesma empresa por período prolongado. Da mesma forma que para as entrevistadas Maria Fernanda e Priscila, o desempenho do mesmo tipo de função por muitos anos levou ao incremento da fadiga músculo-esquelética e, conseqüentemente das LER/DORT.

7.2.3. O significado do trabalho e a perda da autonomia profissional

Descritas as atividades profissionais dos entrevistados tornou-se possível adentrar no campo simbólico do significado atribuídos ao trabalho. As concepções acerca do trabalho são capazes de determinar a postura dos sujeitos frente a consulta pericial, situação decisiva quanto a organização de seu futuro profissional.

De forma unânime, a atividade laborativa executada antes do afastamento foi descrita como prazerosa e gratificante, fonte de satisfação pessoal.

“Eu gosto do que faço, eu amo o que eu faço. Pena que meu braço não tem condições para o que eu faço mas eu amo o que faço. Adoro limpar as camas no hospital, adoro limpar chão, conversar com os pacientes, dar atenção pra eles que ali eles tão à mercê da gente, adoro tudo o que eu faço.” (Marília, 35 anos)

“ (...) aí resolvi, coloquei na cabeça que eu queria entrar no Hospital Santa Cruz, eu vou para o Hospital Santa Cruz, é lá que eu quero e, consegui. (...) Há 10 anos, vou fazer agora dia 2 de julho que eu trabalho. Gosto, gosto muito do que eu faço, é, Graças a Deus, gosto muito do pessoal, todos, não tem assim, nenhum pra mim dizer “olha eu não gosto de fulano, fulano, né”, eu gosto de todos. São maravilhosos.” (Maria Fernanda, 48 anos)

Batista, Garbin e Neves (1998) ressaltam que os portadores de LER/DORT têm um perfil relacionado ao destaque entre outros colegas pelo empenho e dedicação no trabalho, dado reforçado pelos achados de Gutierre (2004) e relatos apreendidos entre os participantes dos PTRs no CEREST/SP. Em contrapartida, no decorrer das entrevistas, configurou-se outro panorama em que as queixas referentes ao trabalho foram superiores, em número e intensidade, aos aspectos positivos atribuídos à ele. Destacou-se a polaridade entre um discurso inicial sobre o trabalho e sua valorização/idealização e, um discurso voltado aos aspectos negativos do exercício das funções no dia a dia.

“Não to pronta pra voltar , porque eu não estou curada, não estou curada, não estou, porque o braço nesta região aqui me dói (...) Eu acho que não é hora ainda, não estou pronta ainda pra voltar.”

“(...) eu voltar a trabalhar na mesma área eu sei que eu não vou poder mais, como digitadora eu consciência disso, que eu não, não posso. Então, qual é o meu problema também de achar que eu não estou pronta pra voltar, porque eu tenho certeza que eles vão me colocar na área de digitação porque eu fui lá, faz uns 15 dias, sempre eu vou lá, me dá saudade do pessoal, eu vou, eu vou, aí menina que é a secretária nossa, né, ela é chefe de enfermagem, ela falou “e aí Maria Fernanda?”, “olha, eu to previsão de alta pra março mas eu não to ainda, né, não to em condições de voltar, né.” Ela falou “ah, precisa voltar, a gente tá precisando.”, não sei o que, né, eu falei “mas eu não to em condições de digitar ainda, eu não tenho condições

de digitar, né.”, ela falou “ah, mas a digitação agora mudou, um dia um digita, outro dia é outro, né.” Mas eu, não sei (...).” (Maria Fernanda, 48 anos)

“Eu achei que eu estava assim... melhorzinha, que eu agüentava trabalhar e voltei a trabalhar. Eu mesma falei pra perita que eu estava bem. Eu sentia falta do meu trabalho, já não estava mais agüentando fica em casa, sabe... se sente falta das coisa, não adianta, se sente falta mesmo (frisou bem). E tava virando um tédio a minha vida, eu tava entrando em parafuso dentro de casa. Aí eu queria, voltei a trabalhar. A perita me deu alta. Voltei a trabalhar. Só que não agüentei. Voltei ao médico de novo aí, o médico me afastou novamente porque eu não tenho condições de trabalho.” (Marília, 35 anos)

“Não, não dá porque a gente tem medo de voltar pro serviço. Se eu soubesse que eu voltaria para o serviço e eu iria ser bem tratada, ficar num lugar bom (....). Sim [voltaria a trabalhar na mesma função], só que eu sei que eu não, mesmo o lugar lá eu reabilitada, eu sei que não agüento porque não é só a tendinite, tem também a reação, tem também essa dor de cabeça agora.”(Maria Lúcia, 38 anos)

“ Eu nunca ... eu amo ... eu sempre amo tudo que faço mas eu acho, eu já comentei antes, eu acho que a minha profissão ela foi determinada pra mim. Só que foi como um doce, bem saboroso, que alguém lhe dá e depois toma,

eu não vou atribuir isso a Deus porque Deus sabe o que faz mas já tive o prazer de viver aquilo que, sabe, me apeguei tanto que de repente foi arrancado de mim, do nada, porque as condições físicas.” (Jairo, 38 anos).

Tomando como base a reflexão do entrevistado do sexo masculino, foi possível compreender que o afastamento da atividade profissional foi concebido como um castigo em sua vida. Isso pode ser atribuído a exclusão do cotidiano do trabalho, espaço de produção social desses sujeitos que sofreram a separação entre o doente e o sadio. Além disso, o afastamento apresentou uma série de conseqüência como: menor remuneração, dependência em relação ao INSS e incerteza profissional

O afastamento do posto de trabalho colocou em questão a autonomia profissional, afinal, o indivíduo, quando separado do grupo de trabalhadores considerados capazes e, por isso, detentores de saúde, não se reconhece e não é mais reconhecido como trabalhador. No momento do afastamento, esse indivíduo passa da condição de trabalhador, reconhecida no espaço coletivo, investida da autonomia sobre o uso de sua força de trabalho, para o papel de segurado do INSS. Nessa posição perde qualquer tipo de controle sobre os processos de avaliação de sua condição, definidos através da perícia médica que julga capacidade/incapacidade para o trabalho (Batista, Garbin e Neves, 1998; Minayo-Gomez e Verthein, 2000).

“ (...) eu já vinha sentindo umas dores, mas assim, se sentia aquela dor, mas ao mesmo tempo você pensava “como que eu vou deixar meu colega”, não dá pra passar no médico, eu não posso sair meia hora pra passar no médico

porque tem bastante trabalho, né, então, aí fui deixando, deixando, aí, quando começou a cair a caneta da minha mão, o lápis, aí eu corri né. Liguei, no mesmo dia consegui uma consultinha com ela, né, ela imediato já afastou, afastou por uma semana (...) foi... foi 2004, foi agosto de 2004. Aí ela me afastou por 1 semana, né, aí fiquei aquela semana, chorei bastante porque eu não queria ficar afastada, não, não queria. Ela falou: “você que sabe você precisa ficar bem, então depende de você, eu quero te afastar pra, é pro seu bem”. Aí eu chorei bastante, mas aceitei né, aí fiquei em casa.” (Maria Fernanda, 48 anos)

Quando os entrevistados foram interrogados sobre a possibilidade de retorno à atividade laborativa exercida antes do afastamento ou mesma função em outra empresa, essa hipótese foi rejeitada fortemente por quase todos os entrevistados, apenas Priscila cogitou essa possibilidade. Ela, apesar de demitida ao retornar para o antigo emprego, procurava vaga na mesma função, auxiliar administrativa. Isto aponta para um reforço dos aspectos negativos do exercício da função, tendo em vista as limitações impostas pela doença.

“(...) E justamente, sabe, eu vim pra cá. E quando eu resolvi, que eu tive alta e resolvi que eu não ia mais me afastar eu fui lá conversar com ele. Fale assim “ Dr. L., ‘e assim, eu tive alta, né, da Previdência, é, passei pelo CEREST, amei, estou muito agradecida pelo senhor ter me colocado lá, ter me dado essa oportunidade, tem tanta gente querendo.” Nossa, eu falei

tanto pra ele que, olha, até os olhos dele e o meu encheram de lágrimas, né. E eu falei pra ele “ Olha, e eu resolvi voltar a trabalhar.” Ele “ Nossa, que maravilha, você vai melhorar muito mais.” “Então você vai ver se você tem condições de voltar a trabalhar com essas dores no seu braço. Você tem que aprender a viver, você não pode mais ficar fugindo. Então tenta, se você não conseguir você volta a se afastar, sabe, mas tenta.”

“ Não receberam, não, não fui acolhida. Eu senti que eu estava sendo uma nova funcionaria, né, só que o pessoal olhava assim com cara de cismado, é, com cara de cismado, principalmente o Dr. L., que é um dos meus chefes, que é o diretor da gestão atual. Muito cínico. Que eles são eu já sei, quais são os médicos que você pode confiar e quem te mete o pau e faz cara de bonzinho. Então, eu estava me sentindo assim, sabe, como uma intrusa, como uma doença, né.” (Priscila, 35 anos)

8. O RESPONSÁVEL PELO ENCONTRO ENTRE OS SUJEITOS DA PESQUISA: AS LER/DORT

O adoecimento estabelecido pelas LER/DORT foi o determinante para o acontecimento do encontro entre os sujeitos de pesquisa e, por isso, a investigação do conjunto das concepções que envolvem o tema, foi levantada. e neste capítulo a análise esteve direcionada a apreensão do significado do acometimento para médicos e peritos.

8.1. A construção do significado das LER/DORT para os médicos peritos

Já foi descrito no capítulo anterior que os médicos peritos atuavam em perícias médicas e, junto ao INSS, há mais de duas décadas. Esse fato adicionou ao estudo das representações acerca das LER/DORT a experiência de sujeitos que se envolveram com a temática desde o advento da doença, ou melhor, conhecimento da medicina sobre sua existência. Assim, vivenciaram as mudanças que incidiram na prática médica e estrutura do INSS, em consequência disso, representaram fonte riquíssima de investigação.

O primeiro ponto em discussão foi a “novidade” que o aparecimento das LER/DORT representou na carreira desses médicos, forçando esses profissionais à reformulação de conceitos e práticas inerentes a consulta

pericial, da mesma forma que construção de conhecimento técnico capaz de responder a essa nova demanda.

“Interessante, eu estava pensando aqui, em 1974, fazendo perícia, eu me lembro de um caso, em Santo Amaro, de uma pessoa que trabalhou, trabalhava já com digitação naquela época, aquela digitação que você, não é Telex, bom, não importa, ele vinha se queixando de parestesia, formigamento e dor nas articulações, atingiam os dedos principalmente. E o exame físico foi inteiramente negativo, foi negado o benefício a ele. Depois de uns 5, 6 meses, eu gravei que a pessoa voltou, mas voltou com uma seqüela que impressionou, naquela época não se falava em LER, não existia a LER, e, a, estava com os dedos atrofiados, tinha contratura em flexão, eu fiquei tão impressionado que eu não sabia o que teria acontecido com aquela pessoa, que doença que era aquela, que se nada foi feito evoluiu daquela maneira. Evidentemente naquele dia ele ganhou, foi até aposentado. Foi o primeiro caso de LER que eu acho que vi na vida.” (Dr. Marcos)

“Antes, só existia a LER/DORT em membros superiores hoje já se admite alguma coisa em membros inferiores, já a coluna já entrou então, seria uma lesão causada por um movimento repetitivo no trabalho.” (Dr. Sandro)

Tendo em vista que o modelo de atuação sobre o qual exerciam seu ofício estava alicerçado nos preceitos da *medicina tecnológica*, quando

interrogados sobre o significado das LER/DORT, relataram concepções de cunho técnico-científico das áreas de conhecimento da medicina e da perícia médica do INSS.

“É aquele... é aquela definição mais geral, quer dizer, ou seja, é uma lesão proveniente do trabalho e um trabalho que exija uma movimentação repetitiva de alguma parte do corpo, porque eu acho que o conceito cresceu.” (Dr. Sandro).

Por outro lado, ao longo das falas explicitaram um entendimento de que as LER/DORT estariam atribuídas de causalidade relacionada à exploração da força de trabalho e, por isso, um problema social que impactava negativamente sobre os indivíduos de uma forma geral e, ainda, enfatizaram o papel do médico junto a transformação dessa realidade.

“É realmente uma epidemia, tem que ser estudada, tem que ser combatida.”

“A DORT, a Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho, realmente é uma epidemia, é uma epidemia bastante, que surgiu em decorrência, eu acho, principalmente com o desenvolvimento tecnológico, e com a exploração do homem no trabalho, exigindo como vez mais esse sistema competitivo, produtividade e esforço do homem, é, para essa produção.” (Dr. Marcos)

“Realmente a LER/DORT hoje é um problema muito sério nas sociedades desenvolvidas tendo em vista o aumento progressivo da incidência.”

“Eu acho que é situação grave, ela tem que ser tratada de uma forma bastante séria, principalmente pelo médico do trabalho, pelo médico perito e pelo médico que a tende a saúde do trabalhador. Eu acho que os três têm que estar agindo em consonância como o objetivo comum é evitar o aumento de incidência e esse acometimento que cada vez se avoluma mais.” (Dr. João).

No âmbito do INSS, principalmente INSS/SP, as LER/DORT apresentam representatividade quando observada a morbidade decorrente do acometimento, razão de afastamentos prolongados do posto de trabalho, e ônus aos cofres da Previdência Social. Para os médicos peritos, esse mesmo fator morbidade ocasiona grande fluxo de segurados em afastamento e, por isso, necessidade de perícias médicas de difícil execução constantemente.

Quanto aos fatores de conflito no cotidiano de sua atuação profissional e, até mesmo, no âmbito da estruturação das políticas institucionais, os entrevistados apontaram a questão donexo causal. O estabelecimento donexo causal é fundamental para a definição do tipo de benefício concedido ao segurado e, no momento da pesquisa, era mantido como atribuição do médico perito na consulta pericial, ou seja, ele deveria indicar a causalidade entre atividade laborativa e adoecimento, utilizando-se dos elementos trazidos pelo trabalhador à consulta (carteira profissional, laudos de outros profissionais e anamnese).

No caso particular das LER/DORT, a ratificação do nexos causal implica no reconhecimento de que as patologias osteomusculares apresentadas pelo trabalhador foram desencadeadas, ou apresentaram piora do quadro, por fatores relacionados à atividade laborativa, ou seja, só podem ser denominadas essas patologias por LER/DORT, quando existe o nexos causal estabelecido no momento da perícia. Para o segurado, mais que o rótulo de “portador de LER/DORT”, o estabelecimento do nexos causal remete ao recebimento de um tipo de benefício específico denominado auxílio-acidente, o qual garante ao segurado um pacote maior de garantias trabalhistas e financeiras em relação ao empregador, sendo essas definidas de acordo com a categoria profissional. Caso seja refutada a hipótese de nexos causal, o tipo de benefício concedido será outro, o auxílio-doença, pelo qual o trabalhador, além de não conseguir os benefícios financeiros, não prova que o adoecimento aconteceu em decorrência do trabalho, obstáculo a responsabilização legal do empregador.

Os médicos entrevistados protestaram contra essa atribuição, explicando as dificuldades encontradas frente ao estabelecimento do nexos causal no momento da perícia médica e, levantando a necessidade da atuação de outros órgãos públicos quanto a essa problemática.

“Agora, nós não podemos nos esquecer que pra se firmar um diagnóstico de LER e DORT nós estamos, tem que haver uma correlação da patologia, do comprometimento que esse segurado, ou que esse paciente apresenta com o trabalho e não como é feito hoje, onde, através de um diagnóstico clínico, subsidiado por exame laboratorial, de uma tendinite, ao invés de se colocar

tendinite se coloca como LER/DORT. Quer dizer, sem ter-se uma confirmação de que há nexos entre aquela situação e o trabalho que é desempenhado por aquele paciente já se rotula aquele paciente como portador de LER/DORT. Eu acho que existe muita notificação de LER/DORT que não corresponde a realidade. É uma tendinite e, às vezes, o indivíduo tem uma outra atividade desenvolve essa tendinite, e essa tendinite, erroneamente ela é rotulada como uma Lesão por Esforços Repetitivos realizados no trabalho. Da mesma forma que existem outras situações, quer dizer, às vezes o perito erra por excesso, rotulando como LER/DORT algo que foi assim rotulado pelo assistente e ele referenda. E existe uma outra situação, casos de LER/DORT, onde o perito entende sendo uma tendinite, não estabelece o nexo porque, o que é que é fundamental? O estudo do posto de trabalho daquele segurado, daquele paciente. Quer dizer, erram todos os médicos que participam desse, do atendimento a esse segurado, a esse paciente. Primeiro, o médico do trabalho ele não toma atitudes concretas no local do trabalho para que haja uma diminuição de incidência, pra que haja uma prevenção e uma profilaxia do aparecimento desse acometimento. Erra o médico do CEREST como, porque ele emite uma comunicação de acidente do trabalho sem ir ao posto de trabalho e saber se realmente aquele trabalhador tá exposto e aquilo ali se desenvolveu. E, erra o perito, às vezes, negando a concessão desse benefício, negando a existência desse acometimento LER/DORT sem também ir no local de trabalho pra ver se realmente aquele segurado não estava exposto. Então, aí acaba sendo prejudicado o segurado.” (Dr. João)

“E esse é outro grande problema, né. É o que é o tal do nexo. Têm muitos indivíduos que muitas vezes contam pra gente claramente que às vezes tem mais movimento repetitivo fora do trabalho do que dentro do trabalho. É a parte difícil, né”.

“Eu acho que, infelizmente, o perito do INSS ficou no meio de uma, de um tiroteio com o qual ele não tem nada que ver, certo. Acho que a gente só tem que estabelecer se há ou se não há incapacidade. Eu acho que o médico do INSS, essa é minha opinião pessoal, não deveria de jeito nenhum entrar no mérito do nexo, eu acho que o nexo é um problema do trabalhador com a empresa, tem haver com o Ministério do Trabalho, com a medicina do trabalho, não tem nada a ver com o INSS. O INSS é uma seguradora, se o indivíduo está incapaz ele vai receber um seguro. O que causou a incapacidade não tem nada a ver com o trabalho do INSS. Não tem nada a ver.” (Dr. Sandro).

Para os entrevistados, o INSS tem papel de seguradora e, por isso, seria atribuição do perito estabelecer a capacidade ou incapacidade para o trabalho e, em se tratando de LER/DORT, a questão do estabelecimento do nexos causal ficava prejudicada por limitações impostas pela própria instituição, elencadas nas falas do Dr. João e reforçadas pelos demais entrevistados.

“ (...) e aquilo que eu te falei do bom senso da avaliação e confia-se naquilo que ta na carteira de trabalho do indivíduo, certo. Então, se você vem com uma carteira de trabalho dizendo que você é bancária, isso tem um certo peso. Se lá tá especificado que além de bancária você é bancária e caixa, já ficou mais específico. Agora, se lá tá escrito que você é bancária e caixa e você me fala que você é bancária e diretora do banco, eu sou obrigado a acreditar mais no que ta oficialmente colocado na sua carteira profissional, principalmente quando você vê que a coisa é conflitante, certo, que o indivíduo está vindo, vamos pegar o exemplo da LER/DORT, é bancário e tá dizendo que trabalha como caixa e na carteira profissional ta bancária e assistente ao público ou é assistente do gerente, eu tenho que acreditar naquilo... não é ter, não é achar que o segurado é um mentiroso, mas, é um pouco diferente do médico assistencialista, quer dizer, o médico assistencialista, ninguém ta lá pra contar mentira pro médico, porque ta se prejudicando, na perícia é diferente, infelizmente, a gente lida com muita fraude, muita fraude, esse é o dia-a-dia da perícia médica, tá certo. Eu não vou dizer que são 100% dos casos, mas, que tem lá 10%, 15% ao dia tem, e você tem que estar muito ligado, e tem que acreditar em dados que sejam os mais objetivos possíveis. Agora, às vezes isso cria um grande conflito, o dado da carteira profissional é um e o que o indivíduo tá te passando é outro, eu acho que tecnicamente a gente é obrigado a ir pelo dado da carteira profissional.” (Dr. Sandro)

O estabelecimento do nexo causal acabava por representar um dos maiores pontos de embate entre médicos peritos e segurados pelas razões já apontadas, financeiras e legais, e, por outro, relativo ao significado da doença para os sujeitos acometidos, o reconhecimento social de uma doença invisível, temática que será discutida no próximo capítulo da análise.

8.2. A construção do significado das LER/DORT a partir da experiência dos portadores

Quando a investigação voltou o interesse para as concepções dos portadores de LER/DORT, acerca de sua doença, foi encontrado vasto material para análise, já que ela representava problemática sentida e vivenciada no momento da pesquisa. Os entrevistados relataram o advento da LER/DORT como divisor de águas em sua existência. Na elaboração do roteiro de entrevistas foi preocupação organizar as perguntas de forma a provocar um encadeamento cronológico dos eventos relacionados ao processo de adoecimento, para que pudessem ser compreendidos e comparados entre os sujeitos de pesquisa e, também, buscando a construção do significado da doença através da rememoração de fatos do passado, visto em outra perspectiva. Para um manejo mais apurado e até organizado dos dados referentes a esse conjunto temático, que se mostrou denso e extenso, foram estabelecidos quatro eixos temáticos: os sintomas, orientação, o cotidiano e o significado da doença, apresentados a seguir.

Cada um dos sujeitos atravessou trajetória particular até o momento da perícia médica e, mais que isso, na própria vivência junto ao INSS/SP. A despeito das singularidades, o primeiro aspecto comum ao universo simbólico das LER/DORT identificado foi a noção do adoecimento.

Nas LER/DORT os sintomas são os principais determinantes da patologia. Suas causas estão relacionadas à multifatorialidade, a agressão contínua do sistema músculo-esquelético somada a fatores intrínsecos a

organização do trabalho. A percepção das LER/DORT pelo portador, neste estudo, esteve sempre condicionada ao aparecimento do sintoma dor e, a procura por tratamento, ao aparecimento de outros sintomas, principalmente hiperemia, edema e perda de força.

Os entrevistados relataram que o agravamento dos diversos sinais da doença foram o fator que levou a procura por auxílio, geralmente, em primeira instância, de colega de trabalho.

“Olha, eu trabalhei durante 2 anos mais ou menos saudável, depois dos 2 anos comecei a sentir problema (...) Foi em 93. Braço esquerdo com dormência, falta de força e perdendo tempo. Porque eu trabalhava numa máquina muito perigosa, que eu tinha que colocar a mão e tirar rapidinho e, isso, era muito importante ... De impressão tipográfica ... manual. Então era, a minha mão pra mim, é fundamental pro meu trabalho porque eu precisava colocar com a mão e tirar com a outra, então a esquerda começou a dar problema e eu tinha que destravar a máquina também, e no momento que eu ia destravar a máquina eu sentia dores fortes aqui na mão. Mudei tudo pro braço direito, fazia tudo com o braço direito, comecei a sentir. (...) Tinha que pedir para um colega meu pra trocar de máquina comigo, que eu acho que eu só consegui ficar 5 anos, porque eu tinha um colega meu que trocava de máquina comigo. Quando a máquina cortava muito e eu não conseguia, eu pegava uma que trabalhava mais tranqüilo. Então eu agüentei, fiquei 5 anos. Mas no final desses 5 anos eu já estava mais, já não conseguia mais, não tinha mais domínio.” (Jairo, 38 anos)

“(...) em janeiro tem as férias das meninas, das que já têm férias vencidas, aí de janeiro eu vi meu braço, meu braço tava inchado, meu braço esquerdo inchado, porque eu não, aí eu não senti dor, eu sentia inchado. Não dei importância porque eu imaginei “é do serviço”, né(...).” (Maria Lúcia, 38 anos)

“Foi assim, eu comecei a trabalhar lá no hospital, não tinha essas dores. Entrei lá em 2001. Quando foi em 2003 eu comecei a sentir meu braço, o braço esquerdo, a dói, a dói a dói...depois de 1 ano que eu fui procurar o médico. Eu não queria passar no serviço...aquelas coisas, a gente prefere o trabalho do que cuidar da saúde né, aí, depois de 1 ano e meio, depois de uma colega minha me encher tanto o saco, a Jane (do trabalho), ela falou, vai no hospital, seu ombro ta muito inchado, isso não é normal. Aí eu falei, é, eu vou. Essas dores não é normal. Não é normal você fica sentindo dor e fica tomando remédio por conta própria. Qualquer dorzinha que te dá você toma remédio, vai ver esse ombro, se não sabe o que é que é isso.” (Marília, 35 anos)

No caso dos entrevistados, como para outros portadores de LER/DORT, os sinais da doença como a dor, a parestesia, a perda de força, o cansaço excessivo após a jornada de trabalho não são passíveis de constatação pelo outro, seja ele o colega de trabalho, o cônjuge ou o médico, fator que agrava a problemática de seu diagnóstico e tratamento. (Dias, 2001; Takahashi & Vilela, 2003; MS, 2005). Por isso, nos serviços de saúde do trabalhador, assim como alguns trabalhadores na área (Almeida e

Codo, 1995; Batista, Garbin e Neves, 1998; Dias, 2001; Neves, 2006) apontam a problemática da invisibilidade relacionada às LER/DORT, que acaba por estigmatizar os portadores.

Essa invisibilidade apresenta duas facetas levantadas pelos entrevistados. Uma referente à possibilidade de esconder a doença e seus sintomas, numa tentativa de manter o emprego e fugir do preconceito no ambiente de trabalho.

“Não, eu não falei porque não [para o primeiro empregador]. E outra, a gente fica sempre com receio porque a empresa quando sabe que o, a pessoa esta com LER ... hoje se fizer uma pesquisa ai nas empresas hoje, que eu estou ouvindo muitos relatos de pessoas próximas que se souber que esta com LER vai pra rua. Se souber que está com a dor no braço vai pra rua.”
(Jairo, 38 anos)

“E eu trabalhando com dinheiro, né, fiquei, passei tanto medo ali, tanto nervoso mas lá dentro, a gente tem que tomar cuidado. E o medo de ser mandada né. Trabalhava normal como se eu não tivesse nada mas só Deus sabia. lá pra, a minha bolsa cheia de remédio, tomava voltaren, toda a folga eu ia no pronto-socorro, tomava injeção, tudo mas ali quietinha.” (Maria Lúcia, 38 anos)

A outra faceta concerne ao reconhecimento social da doença pela família e comunidade em que se inseriam os entrevistados, local de produção social dos sujeitos.

“Assim, não moro com a minha mãe, meus pais moram longe. As minhas irmãs também entendem, porque geralmente irmão é tocado por a gente, né, a gente é muito unido mas, eu moro com a família do meu marido, no mesmo quintal, a minha cunhada falou que eu não tenho nada, que é fingimento, porque antigamente eu fazia unha, eu gostava muito de fazer unha e, às vezes, ela quer que eu faça a unha dela e eu falei “não faço, não faço mais”, né, a unha já tá pior, tem que pedi pra fazer, e ela, um dia ela falou pra mim que era fingimento, que eu não tenho nada.” (Maria Lúcia, 38 anos)

“É, eu tenho algum, eu tenho uma amiga, inclusive ela já teve mas ela olha pra mim e ela fala pra mim “você não tem nada, isso é manha, se quer ficar em casa.” Ela fala isso pra mim.” (Maria Fernanda, 48 anos)

“Aí o meu patrão, antes de fazer o exame, meu patrão vivia dizendo que queria uma prova que eu não podia trabalhar no caixa, que eu tinha que provar pra ele. Aí, eu peguei e voltei pro caixa, voltei(...).” (Maria Lúcia, 38 ano)

A intensificação dos sintomas e sua interferência no cotidiano do trabalho provocou a procura por atendimento médico, fosse por percepção

própria, ou por conselho de colegas de serviço ou parentes. Neste estudo, os sujeitos recorreram à assistência em serviços públicos (hospitais ou postos de saúde), sindicatos, convênios médicos e na própria empresa através da consulta com o médico do trabalho.

“Eu não tinha convênio, então eu fui no médico do SUS lá em Mauá que ele me atendeu e me deu o diagnóstico de suspeita, e me encaminhou pra tratamento. E eu comecei porque eu estava com medo de perder o braço, porque eu não estava bem. Três meses depois sofri um acidente, voltei a trabalhar (...).” (Jairo, 38 anos)

“Médico do INSS é uma bença filha (em tom irônico). Vai nesses hospitais do SUS aí da vida, é uma maravilha (risos). Aí tem o dia que você vai lá e encontra eles, quando se não encontra, já teve dia que fui e não encontrei, tem que volta pra trás, não tem médico pra atende. Ali você perde dia de trabalho, você perde tudo. Por isso que você até pensa em falta no serviço pra ir ao médico, se não sabe se vai conseguir achar o médico lá. É raro você encontrar o médico lá, meio complicado isso.” (Marília, 35 anos)

A procura por assistência médica não significou o reconhecimento, pelo indivíduo, do caráter ocupacional de sua doença, mas da necessidade de colocar fim aos sintomas que vivenciava para, com isso, dar continuidade a suas atividades de vida diária.”

(...)Eu procurei o médico do sindicato e , é anunciei que estava com o problema das fortes dores no braço, não tinha jogo no braço, não tinha força nenhuma e muitas dores, não estava conseguindo dormir a noite, então que ele me encaminhou fazer uns exames, me encaminhou pra outro posto de saúde, do SUS também, aqui no centro. Aí eu fiz os exames, era raio –X e fui no posto, só que eu não consegui atendimento porque tinha que chegar, eu morava em Ribeirão Pires tinha que chegar 4 horas da manhã no posto pra pegar uma fila de quase 2 quilômetros”. (Jairo, 38 anos)

“Eles me deram 20 dias de férias que eu estava muito ruim. E eu tinha férias vencidas, a segunda já. Aí, quando eu voltei, o gerente me chamou e falou assim: “olha, o médico falou que você tá com um problema muito sério nos braços, você não pode mais ficar no caixa então, se escolhe um lugar pra ficar”. Escolhi o guarda-volumes. (...) Sem abrir CAT. Eu nem sabia que o médico da firma podia me afastar. Nisso eu já tinha procurado o Santa Marcelina (Hospital), o Hospital do Ermelindo, eu fui maltratada pelo médico, passei no Pronto Socorro de São Miguel, passei no Hospital do Pari, no Hospital do Pari, me pediu a CAT pra firma, só que era uma coisa muito desorganizada, pediu a CAT, a CAT a firma não deu. Aí eu falei assim, eu, como a firma não me deu eles falaram assim olha: “você não tem, isso aqui é acidente de trabalho, tem doença profissional”, o gerente me falou, “se tem doença profissional, a gente vai lhe afastar”.Aí, nisso, eu, teve um dia que de tanto rodar, de hospital, eu imaginava que alguém fosse me afastar ... eu saía chorando, que a coisa mais difícil que tem é um médico reconhecer que

a gente tá doente, principalmente pronto socorro. A gente não tem apoio. Aí, no Hospital do Pari eu falei assim: “olha, a firma não me deu a CAT, que que eu faço?”, a moça me falou vai no sindicato”. Eu não sabia nem onde era meu sindicato, porque eu tinha vindo uma vez com uma colega, eu não sabia andar por aqui (centro).” (Maria Lúcia, 38 anos).

De forma geral, realizaram uma peregrinação por diferentes especialidades médicas no campo da assistência, principalmente ortopedistas, sem que fosse encontrada resolução, ou identificação precoce da relação entre patologia e atividade laborativa. Esses trabalhadores relataram não possuir conhecimento suficiente para relacionar esses elementos, dependendo da referência médica para tanto, dado reforçado pelos achados de Takahashi e Vilela (2003) e Neves (2006). A conduta médica quanto ao afastamento do trabalho se mostrou crucial na evolução da patologia e, quando tardio, agravou o quadro.

“(...)A LER/DORT eu acho que a diferença (do afastamento por acidente) de trabalho é o seguinte e que quando você vai se afastar você já não consegue mais, você já nem respira mais. Porque quando eles encaminham você pro afastamento, que você vem descobrir que você tem o direito ao afastamento, porque eu não sabia que eu tinha direito ao afastamento até a hora que eu fui demitido. Daí, fiquei um ano desempregado porque eu não sabia que eu tinha direito ao afastamento, eu não tinha esse conhecimento. E quem me encaminhou isso foi através do sindicato e foi mais mesmo o Centro de Referência aqui. Depois que cheguei, comecei a fazer tratamento,

aí também sem saber que tinha direito a eu me afastar, que eu tinha direito a afastamento e continuei procurando emprego.” (Jairo, 38 anos).

“Não, não, ele só meu deu 15 dias e falou que eu precisava fazer fisioterapia. Eu achava que eu ia fazer fisioterapia e ficar boa. É, aí já começou nos punhos, aí ficou mais insuportável. E eu chorava em casa, meu marido falava: “pede as conta”. Aí eu já comecei a entrar em depressão, e falava pro meu marido “que não agüento mais” e meu marido falava “pede a conta” “mas como eu vou pedir as contas se eu não agüento mais trabalhar em outro lugar lá, eu fiquei doente lá”. E eu falei: “dr. O senhor não pode me afastar?”, aí ele falou “não, procura um médico que ele vai lhe afastar, te dar a CAT”. Aí eu estava tão desorientada que na hora de achar a porta eu entrei no banheiro, aí ele riu tanto, era um japonês, ele riu. Aí foi quando eu encontrei, aí foi... eu trabalhei ... eu fiquei 15 dias aí voltei.” (Maria Lúcia, 38 anos).

O correto encaminhamento foi encontrado pelos entrevistados nos centros de referência em saúde do trabalhador (municipais e estaduais), serviços preparados para o acolhimento do portador de LER/DORT ou, em dois dos casos, quando receberam atendimento por médicos com formação na área de saúde do trabalhador.

“Eu cheguei aqui no CEREST encaminhado pela Dra. M., né, que eu já vinha sentindo umas dores, mas assim, se sentia aquela dor, mas ao mesmo

tempo você pensava “como que eu vou deixar meu colega”, não dá pra passar no médico, eu não posso sair meia hora pra passar no médico porque tem bastante trabalho, né, então, aí fui deixando, deixando, aí, quando começou a cair à caneta da minha mão, o lápis, aí eu corri né. Liguei, no mesmo dia consegui uma consultinha com ela, né, ela imediato já afastou, afastou por uma semana(...).” (Maria Fernanda, 48 anos)

“(...) Com uma semana mais ou menos, foi 3 dias de admissão e tive que ir no medico. Ai voltei ao medico com 3 dias de serviço, ai ela [a médica do Centro de Referência] chegou e falou “ Eu não posso lhe afastar. Você só tem 3 dias no serviço.” Aí quando eu caí na real que tinha um afastamento. Que existia um afastamento. Ela falou pra mim não podia me afastar porque só estava há 3 dias no serviço, não tinha nem contribuição pro INSS. Mas, tinha ficado 1 ano parado, quase passando fome do outro que eu tinha saído. Aí ela falou “Não posso lhe afastar. Você segura, tenta segurar.” E o que eu fiz, tentei segurar.” (Jairo, 38 anos)

Os entrevistados afirmaram que, no momento em que procuraram tratamento, não conjecturavam que o trabalho fosse o principal causador das LER/DORT. Contudo, foi possível depreender dos relatos que possuíam entendimento relativo sobre os determinantes da doença, após sua trajetória junto ao PTR, outras instituições de assistência a portadores de LER/DORT e INSS/SP. Neste sentido, o recurso à memória proporcionado pela

entrevista apresentou um olhar contemporâneo sobre questões do passado e, por isso, carregado de (re)significações.

“Na hora que eu consegui essa empresa, a outra, já. Já sabia que tinha mas antes, antes eu achava que era cansaço. Depois a gente vai esclarecendo aos pouquinhos as coisas vai, vai esclarecendo e fica naquela ainda de não acreditar que você, alguma coisa, e você acha que é o cansaço mesmo. Depois as dores vai ficando tão insuportável que você até se entrega, se culpa.” (Jairo, 38 anos)

“Não, eu achava que era dor normal que podia acontecer, jamais imaginei que fosse do movimento que eu fazia. Eu falei assim: Nossa! Mas do meu trabalho? Que estranho... aí o médico me explicou...eu perguntei pro médico...sabe, aquele negócio, por que é que tem relação com o meu trabalho. Ele falou pra mim: olha, pelo simples fato de você fazer o mesmo movimento várias horas. Você esfrega chão, se puxa água com o rodo, você esfrega parede. E é o braço que você mais movimenta e é movimentos repetitivos. Você limpa os corredores de onde você trabalha, você toma conta de andar, limpa corredor, eu tomava conta de andar...por aí você tira, você faz aquele movimento com o braço, vai e volta (mostrou o movimento). Por aí você tira. Isso com o tempo vai desgastando o ombro. Isso que dá tendinite e bursite no ombro.” (Marília, 35 anos)

“Não, eu não percebi nada e o medico também não... Então, ai eu comecei a fazer fisioterapia, eu já estava fazendo fisioterapia a um bom tempo, né. Nas minhas férias, em outubro de 2002, eu também comecei a fazer fisio, no final das minhas férias e faltavam 4 sessões ou 5 sessões e eu ia terminar trabalhando, né, porque eu quis aproveitar um pouco pra viajar, descansar.”
(Priscila, 35 anos).

“Sim, com o trabalho, porque você forçava, eu percebia que era com o trabalho, né, porque às vezes eu falava pros meninos, né: “não to agüentando de dor no meu braço.” Tinha um moço que trabalhava comigo que ele falava: “problema de junta, se tá ficando velha”, na brincadeira assim, mas sempre saía, “problema de junta, não sei o que” e eu falei: “eu acho que é mesmo”, né, até que chegou...” (Maria Fernanda, 48 anos).

A problemática do afastamento tardio associada ao despreparo dos médicos da rede pública e privada, que não eram da área de saúde do trabalhador, no manejo da doença e orientação dos sujeitos, gerou a falsa expectativa de cura rápida e retorno ao trabalho.

“(...)Aí, eu parei com esse tratamento e fui procurar emprego. Fui no Hospital MM, e comecei a fazer tratamento lá. Depois fui demitido, fiquei fazendo fisioterapia pra ver se eu conseguia a chance de arrumar um emprego. Continuava trabalhando, né, porque se eu fizesse fisioterapia eu pensava assim “ faço fisioterapia, melhora, quando eu arrumar um emprego eu já

estou bom.” E aconteceu que não melhorava, aliviou. Estava fazendo fisioterapia, parado, aliviou um pouquinho. Aí, depois de 1 ano, de, parado, fazendo tratamento, tudo, eu consegui arrumar emprego.” (Jairo, 38 anos).

Maria Fernanda possuía conhecimento prévio a respeito das LER/DORT, por se tratar de membro de comissão interna de prevenção de acidentes da empresa (CIPA) e ter realizado treinamento para situações de emergência, dentro da empresa, com o pessoal do corpo de Bombeiros. Contudo, este não foi insuficiente para a real percepção do grau de acometimento que apresentava.

“ (...) aí que eu cheguei na Dra., aí foi assim, eu já tava sentindo dor e eu fui numa reunião da CIPA porque eu, eu cipeira, eu sou brigadista (risos), aí eu fui nessa reunião e nessa reunião um dos nossos supervisor da CIPA ela falou, ele falou: “gente, vocês tem uma médica...”, até então eu nunca tinha ouvido falar da Dra. M., que era médica da LER. Aí ele foi, o foi R. e citou, né, o nome dela. Quando eu cheguei, eu cheguei e eu falei pras meninas, no setor de limpeza, eu espalhei: “gente, nós temos uma médica, que cuida, tal.” Mas, eu tava sentindo que era uma coisa mínima, né, nunca imaginei que eu ia ter que ficar afastada, né.”

A problemática da dependência contínua de medicação para o alívio dos sintomas, principalmente para dor e ansiedade, emergiu como temática

nas entrevistas. Foi descrita pelos sujeitos no que concerne às limitações que impõem à suas vidas, tanto no âmbito profissional como no pessoal.

“(...)Eu tinha que fazer o serviço, eu tinha que fazer meu almoço, então, se eu tomasse o amitril eu não agüentava trabalhar. Aí, e trabalhando no caixa eu ia dá troco errado, eu ia fazer, a gente fica meia boba, o amitril deixa a gente meia boba e, sem contar que o sono, quando toma amitril, eu tenho que dormir bem porque se eu não dormir bem eu fico, o sono ataca, aí a enxaqueca ataca mais. Aí, eu péssima, e chegou uma hora que eu comecei a paralisar. Eu fiquei, eu travei, travou, eu travei, travou minha boca, eu comecei a esfriar, meu corpo a esfriar, eu senti que eu ia desmaiar.” (Maria Lúcia, 38 anos).

“Mas eu não posso pegar um peso. Se eu pego um peso eu fico com dor 2, 3, 4, dias, a semana inteira, eu tenho que tomar antiinflamatório. Quer dizer, toda a hora eu tenho que tomar antiinflamatório, quando muda o tempo eu sinto, já me dói o ombro, já me dói o pulso.”

*“(...)Eu não quero, não quero voltar a tomar remédio. Não quero fazer isso.”
Nossa, o meu sono voltou ao normal como era antes, Graças a Deus , porque com os esses remédios que eu tomava, em vez de me dar sono, me deixava ... não, nem euforia me deixava, me deixava apática o dia inteiro. Entendeu, então remédio pra depressão você toma mas você fica apática, não ‘e um estimulante pra você levantar da cama, pra fazer isso, você fica paradona, entendeu.” (Priscila, 35 anos)*

A partir dos relatos dos entrevistados a respeito do encadeamento de fatos que culminou no afastamento, mais uma dimensão da “invisibilidade” atrelada as LER/DORT foi revelada. A carência de procedimentos médicos comprobatórios do adoecimento levou à construção de um tipo de julgamento pejorativo, dispensado aos portadores de LER/DORT no espaço social (comunidade, trabalho e família). Por isso, apesar de seu pequeno valor comprobatório junto aos médicos, a execução e os achados dos exames subsidiários foram extremamente valorizados entre os entrevistados, uma vez que representavam a confirmação, para a sociedade, de seu adoecimento.

“Ta bom vai, eu vou. Aí fui. Aí passei no ortopedista, o ortopedista imobilizou meu braço, falou pra mim que não ia tirar RX, que meu problema não saía no RX, que meu problema era tendinite com bursite no ombro esquerdo. Aí ele me pediu uma ultrassom e confirmou o que ele havia falado pra mim.” (Marília, 35 anos).

“Então, assim, eu vou ter que voltar, eu vou ter que voltar porque, porque eu não tenho exame caro, pra eu levar na perícia. Então, o que eu vou ter que fazer, eu vou ter que voltar no dia 14, né, eu vou ter que voltar e conversar com o Dr. O. pra ver se Dr. O. me pede alguns exames, né, pra eu fazer esses exames pra levar na próxima perícia.” (Maria Fernanda, 48 anos).

No processo de apreensão das falas, foi notável a ansiedade dos entrevistados em descrever, com detalhes, a impressão da doença em suas vidas, principalmente no tocante a dois setores da vida social: o trabalho e a vida cotidiana. Pelos depoimentos ficou clara a noção de que os sujeitos não previam que a possibilidade de cronificação e piora do quadro inicial, assim como a instalação de incapacidades permanentes.

O primeiro setor atingido foi o trabalho e, nesse contexto, a incapacidade relacionada ao sofrimento físico acarretou em perda de autonomia sofrimento mental.

“Aí eu já comecei a entrar em depressão, e falava pro meu ... “que não agüento mais” e meu marido falava “pede a conta” “mas como eu vou pedir as contas se eu não agüento mais trabalhar em outro lugar lá, eu fiquei doente lá”. E eu falei: “dr. O senhor não pode me afastar?”, aí ele falou “não, procura um médico que ele vai lhe afastar, te dar a CAT”. Aí eu estava tão desorientada que na hora de achar a porta eu entrei no banheiro, aí ele riu tanto, era um japonês, ele riu.” (Maria Lúcia, 38 anos)

“Quando eu ouço falar em gráfica, quando eu ouço falar assim em impresso, que eu vejo algum impresso que me chama atenção, aí o coração dispara. É como se eu tivesse vivendo daquele, estivesse fazendo aquela coisa, o serviço era muito puxado mas eu nunca achava assim, que ele fosse me prejudicar. Eu nunca ... eu amo ... eu sempre amo tudo que faço mas eu acho, eu já comentei antes, eu acho que a minha profissão ela foi

determinada pra mim. Só que foi como um doce, bem saboroso, que alguém lhe dá e depois toma, eu não vou atribuir isso a Deus, porque Deus sabe o que faz, mas já tive o prazer de viver aquilo que, sabe, me apeguei tanto que de repente foi arrancado de mim, do nada, porque as condições físicas.”
(Jairo, 38 anos)

Por conseguinte, a doença invadiu a vida em família e em comunidade. Os entrevistados relataram que a doença músculo-esquelética impôs limites a execução de atividades cotidianas, dado também encontrado em outros estudos (Batista, Garbin e Neves, 1998; Neves, 2006).

“Ah, eu sinto diferença, sim, porque nem tudo eu posso fazer, né. (Por exemplo?) Meu dia-a-dia, de pendurar uma roupa assim com mais tranqüilidade, é duas, três peças e eu já não agüento ficar com o braço pra cima, né, com o braço pra cima, e agora tá nesse também, no esquerdo (mostra o outro braço), eu forço esse muito e esse quase nada (o direito). Então, assim, uma diferença, você não pode, lá em casa tem um quintal enorme, né, que só mora pessoas de idade, então, quem cuida sou eu. Eu já não posso mais varrer, né, então que é que eu faço, pego a mangueira de água, com a mangueira eu, varro o quintal, faço uma coisinha, mas (...).”
(Maria Fernanda, 48 anos)

“Mas eu não posso pegar um peso. Se eu pego um peso eu fico com dor 2, 3, 4, dias, a semana inteira, eu tenho que tomar antiinflamatório. Quer dizer,

toda a hora eu tenho que tomar antiinflamatório, quando muda o tempo eu sinto, já me dói o ombro, já me dói o pulso. Sinto o meu braço muito cansado quando eu escrevo, agora que eu estou (...).” (Priscila, 35 anos).

A partir do momento em que impõem obstáculos a execução de atividades do cotidiano, a doença modifica as rotinas do indivíduo e de sua família. Ela transforma o papel do indivíduo em sua comunidade, colocando, muitas vezes, em cheque suas necessidades e possibilidades (Batista, Garbin e Neves, 1998; Neves, 2006). Ficou implícito aos relatos a existência de limite tênue entre o preconceito e a aceitação da doença pelo grupo social em que o portador estava inserido. Para alguns deles, o apoio recebido da família foi maior do que para outros, fator que influencia na evolução da doença.

“Minha filha percebe. Percebe porque tem dia que é assim, tem dia que entende, mas tem dia que é como uma inimiga dentro de casa. Tem dia que eu estou muito nervosa. Catorze. Olha, ela ligou o som e na hora eu digo assim “baixa o som”, ela desliga. Ela liga a televisão alta, se eu to perto eu falo “baixa essa televisão”. Tem dia que eu não quero ouvir barulho de nada, de nada.” (Maria Lúcia, 38 anos).

“É até engraçado quando a gente fala, eu até recebi o apelido de “calafrio”, porque quando eu tentei ajudar o meu cunhado eu fui parar no hospital. Então, aí, puseram o apelido de “calafrio” porque aí tem receio mas, tudo

carinhosamente, é carinhosamente. Me chamam de calafrio mas, não deixa de não ser um preconceito, uma discriminação. Pra gente que está com problema, a gente não leva a ferro e fogo mas, a gente sente isso como uma discriminação porque você não pode fazer isso, se você fizer, você vai parar no hospital. Então, mas eu dou Graças a Deus porque a minha família sempre me dá aquela, aquele apoio. “Ah, , se não pode fazer isso, se não pode”. Sabe, aquela coisa assim “Você não pode se esforçar, você tem que se cuidar.” Eles tem esse cuidado, esse carinho por mim, aí ajuda um pouco. Mas, do outro lado, já recebi um apelido que bem, bem, porque acho que calafrio não precisa mais falar nada.” (Jairo, 38 anos)

Construído um panorama da história do adoecimento e elucidadas algumas questões de importância levantadas pelos entrevistados, este momento da análise alcançou a descrição dos conjuntos simbólicos referentes ao planejamento do futuro, quanto ao trabalho e aspirações pessoais.

Os entrevistados afirmaram que a inserção no mercado de trabalho formal foi dificultada pelas limitações impostas pela doença, achado congruente aos encontrados nas pesquisas de Batista, Garbin e Neves, (1998) e Neves (2006). Por outro lado, seus anseios e expectativas quanto ao futuro se mostraram diferentes, sendo que Maria Lúcia e Maria Fernanda não desejavam retornar ao antigo posto de trabalho ou empregar-se em função semelhante por entender ausência de condições físicas para tanto.

“Com digitação não! Com digitação eu não penso mais, né, posso até pensar em qualquer outra coisa, mas pra mim eu área de enfermagem eu não quero, não tenho...não tenho dom pra isso, não tenho coragem, eu sou muito mole, eu choro muito fácil, então, pra mim não dá. Na área administrativa, tudo que você vai fazer na área administrativa depende do computador, né, então, assim, é uma coisa que eu gosto muito mas eu não sei se eu, como que eu vou fazer, como que eu vou voltar a trabalhar porque ... Eu tenho certeza disso, né. Ainda mais nessas condições né, que não pode mais digitar, a gente tudo que vai fazer depende de computador (...).”
(Maria Fernanda, 48 anos)

“(...)a gente tem medo de voltar pro serviço. Se eu soubesse que eu voltaria para o serviço e eu iria ser bem tratada, ficar num lugar bom”

“(...) [Você voltaria a trabalhar no mesmo emprego?] Sim, só que eu sei que eu não, mesmo o lugar lá eu reabilitada, eu sei que não agüento porque não é só a tendinite, tem também a reação, tem também essa dor de cabeça agora (...).” *(Maria Lúcia, 38 anos).*

Ambas expressaram a vontade de abrir negócio próprio com a finalidade de conseguir trabalhar sem imposições, longe dos modelos de organização de trabalho empresarial com o objetivo de adequar o trabalho à diminuição de sua capacidade laborativa.

“(...) então eu penso assim, eu vou, eu quero arrumar, aprender a fazer lingerie porque eu costuro também, né, costuro também, faço bolsa, fiz umas

bolsas lindas esses dias, então eu quero assim, faço lingerie, montar uma lojinha pra mim mesma, ter o meu próprio negócio. Meu próprio negócio ..”

“ (...)Ser minha própria chefia,né. Hoje eu vou trabalhar tal hora, não, amanhã eu vou mais tarde porque eu não posso né, eu quero ver se eu faço isso. Dá alguma coisa, assim dá, se sabe por quê? Porque você vai ter o seu limite, você não vai ter que ultrapassar. Não, eu tenho tudo isso aqui pra eu fazer, mas eu não posso, eu tenho que deixar porque você mesma é sua própria chefe, é seu próprio patrão. Agora no caso, vamos supor, eu sou seu patrão, não, eu tenho que fazer, eu tenho que dar isso pronto pra Fernanda, eu tenho que entregar.” (Maria Fernanda, 38 anos)

Para Priscila, que retornou ao trabalho e foi demitida na seqüência, a contratação em posto de trabalho semelhante era uma possibilidade pela qual lutava na época de entrevista e que pretendia adequar às limitações impostas pela doença. Marília gostaria de continuar a exercer a atividade de auxiliar de limpeza, mas reconhecia os riscos que o avanço da doença impunha a esse desejo.

“Não, eu quero trabalhar na área hospitalar. Eu quero trabalhar na hospitalar porque eu gosto. É, a maioria das empresas onde eu estou mandando currículo. Estou pedindo muito pra Deus me colocar um emprego no caminho, entendeu. É trabalhar nessa área .Administrativa ... eu não sei se vai dar, tá. Eu acredito que eu não vou fazer um faturamento medico como eu fazia.” (Priscila, 35 anos)

Nice tinha como objetivo livrar-se do vínculo com o INSS/SP através da aposentadoria; para Jairo, o futuro se mostrava incerto, porém acreditava que a saúde continuaria a se apresentar como uma preocupação e, que o resultado de exames e tratamentos seria decisivo para reestruturação de sua vida.

“Olha, se eu disser pra você que a minha vida ficou projetada, que eu tenho um projeto de vida, eu torno a repetir, eu sou um mentiroso. Virou uma bagunça só, você sabe quando a cabeça vira um parafuso, é toda bagunçada. Primeiro, o tratamento, estou sempre precisando de tratamento. Segundo, qualquer esforço que eu faço recai em médico. Eu tenho que buscar fazer um tratamento, ou tomar injeção pra diminuir as dores, tal. É assim, que eu vivo. Uns dias atrás tive que parar no médico, tomar injeção, que aliviou. E quando eu estou com aquelas dores mínimas, aquelas dores que dá pra suportar, eu estou feliz, eu estou tranqüilo, eu estou bom. Assim que eu digo, estou bom, com dores eu estou bom, estou bem. Então, não dá pra projetar a vida, dizer assim “Eu vou fazer isso, isso, isso.” ‘É igual quando você estar apontando pra qualquer lado e não sabe pra que lado vai. Eu fiquei desse jeito e estou desse jeito. Eu não sei, o rezo muito, eu peço muito a Deus que me deixe estabilidade e tal mas eu não tenho essa luz ainda que me direcione o caminho. Eu tenho medo assim, que não consiga nem tratamento porque chega uma hora que você até cansa de correr atrás de tratamento.” (Jairo, 38 anos)

Por fim, apesar do significado da doença para os portadores ter se revelado ao longo das falas, de forma implícita aos relatos, foi pedido que cada um dos entrevistados explicasse qual era o significado das LER/DORT. Tendo como base a experiência acumulada pela pesquisadora no PTR, e o estudo da bibliografia de referência, a premissa da negatividade atribuída à doença se confirmou.

“A LER te envelhece, a LER envelhece, envelhece sua mente. Às vezes seu corpo não está bem, assim, você olha tá normal mas por dentro seu corpo está velho porque tem nervos você inflamados. Eu nunca imaginei, eu pensava que objeto acabou, fica estragado, mas eu não sabia que nervos estragavam, eu achava que reumatismo era só coisa de velho antigamente, mas era de velho, hoje a LER transforma, inflama, se a pessoa não cuidar vira reumatismo, não é verdade?! E eu achava que era só coisa de velho e, hoje, eu vejo não, o reumatismo.” (Maria Lúcia, 38 anos)

“Olha, eu posso dizer assim, destruição, vou por como destruição, é ... algo que parece um fantasma, que faz você se sentir bem diminuído, se sentir com vergonha de você mesmo, às vezes. Então, eu pra resumir, é tudo que não presta. Eu acho que deveria ser até mudado o nome tendinite, é triste demais, porque esta envergonhando até quem tem um problema, na empresa porque não pode comunicar, não pode fazer tratamento.”

“(...) Com certeza, mudou tudo, você não é a mesma pessoa. Você não vive, você é uma sombra. Só quem sente é que, pra ... as pessoas que eu converso eu nunca mostro minha intranquilidade, nunca mostro minha instabilidade, mas o meu eu, o Jairo, eu, o batalhador, o sonhador, muita coisa foi junto. Foi tudo junto. Por isso eu digo, quando eu partir é pro tudo ou nada, eu não tenho o que perder. O que eu tinha de mais preciso, de mais belo, perdi dentro da empresa. Perdi saúde, perdi sonhos porque eu não sonhava com riqueza, eu sonhava não com poder. Eu sonhava em ter uma profissão digna e corri atrás disso. Eu não fiquei lá esperando “seu fulano”, “seu sicrano” me dar, eu fui pro Senai. Lá dentro do Senai eu corri atrás, me esforcei ao máximo. A pouca oportunidade que eu aproveitei. Dentro da empresa eu não queria que ninguém me desse o salário, eu queria que me pagassem um salário, eu retribuía com o meu trabalho. Como eu sente questionava, eu não baixava a cabeça pra patrão, pra encarregado porque eu sempre questioneei, são troca de favores, eu dou o meu trabalho, você me paga o meu trabalho. Então, é disso que a gente vive e é isso que a gente sonha. E do momento que eu saí da gráfica porque, na gráfica, eu ainda tinha chance, porque lá eu tinha liberdade de chegar pro meu colega e dizer “ Vamos trocar de máquina, troca comigo aqui, oh, Fernando. Troca comigo.” E ele com toda simplicidade, amor eu digo, todo amor. Não é, é porque a gente se preocupa “Pega essa máquina aqui que eu pego a outra.” Aí, você sente aquele elo, aquela realização, mesmo doente eu era realizado porque eu estava fazendo algo, porque eu tinha sonhos.” (Jairo, 38 anos)

A morbidade que recai sobre a cronicidade da doença e evolução dos sintomas, mesmo quando em tratamento, foram apontadas como fator de preocupação pelos entrevistados, achados semelhantes aos de Dias (2001), Ruiz et al. (2003) e Neves (2006) . Além disso, apareceu nos relatos o conceito de “inutilidade”, atrelado à incapacidade física para certas atividades, principalmente para o trabalho. Esses relatos vão ao encontro dos achados de Neves (2006) e com as reflexões de Minayo-Gimez e Vierthein (2000) sobre a percepção dos trabalhadores portadores de LER/DORT, quando vinculados ao INSS, sobre sua saúde. Quando em estado de normalidade, a saúde é associada à força produtiva, ou seja, capacidade para o trabalho e, quando a doença se instala é sinônimo de improdutividade, ou seja, incapacidade para o trabalho

“Bom, LER/DORT é algo que acaba com nossos sonhos. É uma coisa, como é que se diz, assustadora pra mim, até hoje. Eu tenho muita dó de quem tá começando a ter isso porque eu, creio, têm pessoas que no começo se cura, né. Eu, quando eu fiquei, pra lá, pra cá, pra cá, que eu fui descobrir que isso não tinha cura, já não dava mais. Então, eu tenho muita dó de quem está começando com LER/DORT e se, qualquer pessoa que fala que está com uma dor aqui, eu já falo assim, oh “cuida que pode ser tendinite”, principalmente pessoa mais idosa. (...)Ninguém quer ninguém com LER não porque a gente com LER, a gente ta praticamente inútil, se a gente, olha se Deus. (...) Eu não to inútil porque eu vou pra Deus, Graças a Deus eu não saí inútil. Deus me dá forças, eu peço tanto a Deus, meu Deus me ajuda

porque tem hora que eu não me reconheço, eu não sou mais aquela pessoa que eu era (...) (Maria Lúcia, 38 anos)

“(...) Dá, é, você tem que aprender, né, é o jeito, não tem outro jeito, você tem que aprender a conviver com ela, que hoje você está bem aí você extrapola, você varre casa, um monte de coisa, amanhã você tá entrevada.”
(Maria Fernanda, 48 anos)

“Olha, eu vou ter que viver com essa dor. É, já é crônico, não adianta, a acupuntura me alivia, mais do que fisioterapia, tá. A acupuntura daqui porque a acupuntura que eu fiz em outros lugares me aumentava a dor, tá. O daqui eu gostei muito. No entanto eu vou terminar de fazer minhas sessões, que são 40 sessões aqui, né. E, desse tratamento, né ... “É uma limitação, né, eu estou limitada, né. Não estou incapaz, né, porque Graças a Deus eu ainda tenho braço porque, não está cortado, não preciso de ... não é tão drástico, né.” (Priscila, 35 anos)

9. O ENCONTRO SIMBÓLICO DOS SUJEITOS: ANÁLISE TEMÁTICA DA RELAÇÃO MÉDICO-PACIENTE NO CONTEXTO DE PERÍCIA MÉDICA.

A análise temática da relação médico-paciente desenvolvida neste estudo torna-se pertinente à luz da perspectiva de momento histórico. Este não é aqui utilizado sob o olhar estrito de cronologia de tempo, mas como lugar comum dos fatores de influência nessa relação, alguns deles discutidos, anteriormente, no capítulo que tratou do referencial conceitual. Foram identificados como fatores principais de influência o momento histórico da profissão médica, da criação da estrutura previdenciária no Brasil, e sua atual conformação e, por último, o mercado de trabalho em que os sujeitos de pesquisa estavam empregados.

Em capítulo anterior, foi realizada caracterização dos médicos peritos quanto à sua formação e inserção no mercado de trabalho. De acordo com Scraiber (1993), esses sujeitos estão inseridos em uma fase da história da medicina caracterizada como *medicina tecnológica empresarial*, sucessora de outra, denominada *medicina liberal*. As modificações na prática da medicina decorrentes da transição da *medicina liberal para o modelo tecnológico*, acarretaram mudanças ao papel social do médico. Ao exercício da *medicina liberal* estava atrelada a ideologia do dom vocacional, e a figura do médico à responsabilidade de autoridade moral e científica, munida de autonomia para o exercício de seu ofício. Em contrapartida, o advento da *medicina tecnológica* exigiu uma reorganização da prática médica que, nesse momento, passou a ser orientada pela institucionalização da mão-de-

obra, e normatização dos procedimentos em prol da transparência e objetividade diagnóstica. Tais mudanças exigiram uma ressignificação do conceito de autonomia no exercício da profissão pelo médico (Schraiber, 1995 b, 1997b).

Essas mudanças impactaram diretamente sobre os aspectos da relação médico-paciente. Essa relação, cuja expressão mais fidedigna é a consulta médica, foi submetida a um processo de descaracterização de sua subjetividade com a proposta de aproximar ,cada vez mais, o profissional da doença e do cientificismo, em detrimento à dimensão humana do exercício da medicina.

“Não obstante, sem sombra de dúvida, ser médico era ser, enquanto tal, sujeito da sociedade. (...). (...) No plano das representações, o exercício da medicina não se confunde mais com o da cidadania, produzindo trabalhadores que se vêem como agentes e, em separado, sujeitos da sociedade: um ‘ser dividido’.

(Scraiber, 1995b, pág. 63).”.

De acordo com Neto (1998), uma consulta médica se encaminha a partir da procura do paciente pelo médico, cujo julgamento clínico começa a se formar baseado na escuta da descrição das queixas, e na observação da aparência daquele que procurou o atendimento (idade, sexo, sinais de confusão, agitação, entre outros), momento em que começam a ser formuladas diversas hipóteses diagnósticas, confirmadas ou refutadas, por um exame mais apurado (físico ou subsidial).

Para peritos e portadores de LER/DORT, a perícia representou situação incomum de consulta médica. Os médicos tiveram de adaptar o exercício da medicina às demandas da instituição, restringindo a amplitude de sua atuação à determinação de aspectos previdenciários relativos à condição dos segurados em consulta, tendo em vista que esse tipo de consulta médica apresenta grande valor simbólico junto ao sistema médico previdenciário do INSS, porque de seus encaminhamentos depende a permanência, ou exclusão do segurado do montante de trabalhadores afastados, ou seja, atendidos pelo benefício financeiro e, por isso, ônus ou economia aos cofres da previdência.

No caso do portador de LER/DORT, a consulta pericial representou situação de incerteza caracterizada pelo encontro com médicos diferentes em locais de consulta variados, e expectativa quanto aos rumos de seu futuro profissional, fomentada por uma realidade de mercado de trabalho, em que no ano de 2004 o índice de desemprego da população brasileira (aproximadamente 150 milhões de habitantes no período considerado) era de aproximadamente 7,1%, com maior representatividade entre as mulheres.

No capítulo subsequente foi realizada análise de conteúdo temática acerca dos significados atribuídos pelos sujeitos de pesquisa às LER/DORT no contexto da perícia médica, o momento do encontro simbólico entre eles. Para tanto, o conteúdo da análise foi dividido em duas partes, um referente aos relatos dos portadores de LER/DORT e outro, às falas dos médicos peritos do INSS/SP.

9.1. A consulta pericial para os portadores de LER/DORT

No que diz respeito a análise produzida a partir dos relatos dos portadores de LER/DORT, além dos dados referentes ao momento da consulta médica, foram discutidos outros conteúdos que apresentaram relevância em relação ao conjunto das falas, e construíram um panorama para compreensão mais profunda dos significados atribuídos as LER/DORT nesse contexto. Assim, a análise foi dividida em três etapas interdependentes: *Pré-consulta*, *Consulta da Perícia Médica* e *Pós-Consulta*.

9.1.1 Pré-consulta: a ante-sala da perícia médica

O período de pré-consulta foi assim denominado por abarcar o conjunto de momentos e situações predecessores das consultas médicas periciais vivenciadas pelos portadores de LER/DORT. Foi realizada uma descrição de aspectos relacionados ao primeiro contato com a estrutura do INSS/SP, e de elementos recorrentes na remarcação das demais perícias. Os acontecimentos vividos nesse período, de alguma forma, prepararam os sujeitos para o contato com o médico e, por isso, foram determinantes na adoção de posturas durante a consulta.

Para o entrevistado do sexo masculino, o adoecimento pelas LER/DORT representou seu segundo contato com a estrutura previdenciária do INSS/SP, ele havia sofrido acidente de trabalho anos antes do

afastamento por LER/DORT. Aproveitando essa experiência foi pedido que comparasse esses dois momentos de afastamento.

“Bom, a diferença é que quando a gente está com problema de fratura, a gente já fica louco pra voltar a trabalhar, quem está afastado não quer ficar afastado, você fica contando ali o tempo pra voltar a trabalhar. Então, às vezes, doente e a gente pede pra voltar, se você fraturou um punho você quer voltar imediatamente, fraturou um braço, você quer voltar. A LER/DORT, eu acho que a diferença é o seguinte, é que quando você vai se afastar você já não consegue mais, você já nem respira mais. Porque quando eles encaminham você pro afastamento, que você vem descobrir que você tem o direito ao afastamento, porque eu não sabia que eu tinha direito ao afastamento até a hora que eu fui demitido. Daí fiquei um ano desempregado porque eu não sabia que eu tinha direito ao afastamento, eu não tinha esse conhecimento. E quem me encaminhou isso foi através do sindicato e foi mais mesmo o centro de referência aqui. Depois que cheguei comecei a fazer tratamento aí também sem saber que tinha direito a eu me afastar, que eu tinha direito a afastamento e continuei procurando emprego.”

(Jairo, 38 anos)

Quando abriu sua CAT na ocasião do acidente de trabalho (fratura em membro superior), o nexa causal foi imediatamente reconhecido e aplicado no pagamento do benefício. Quando acometido pelas LER/DORT, além da dificuldade em exercer o direito ao afastamento, para que fosse concedido o

correto benefício passou por três entrevistas com o médico do Centro de referência no qual abriu a CAT, situação encontrada por outros pesquisadores em seus campos de estudo (Almeida e Codo, 1995; Myanayo-Gomez e Verthein, 2000).

Quanto aos demais entrevistados, o adoecimento pelas LER/DORT foi responsável pelo primeiro contato com o INSS/SP. Foi possível extrair dos relatos que a categoria profissional do trabalhador influenciou o encaminhamento do afastamento, já que Nice, bancária, teve mais facilidade em agendar sua primeira perícia que os demais entrevistados, empregados em outras classes profissionais.

“Porque quando o banco abriu a CAT o banco mesmo levou pro INSS, porque o banco fazia isso. Porque o departamento pessoal do Banespa, o chefe falava com o boy e ele ía levar e eles mesmo marcavam o perícia. Tanto é que não fui eu que escolhi aquele posto da Brás Leme, foi o banco que levou lá.” (Nice, bancária, 54 anos)

“Quando eu fui dá entrada como auxílio-doença a moça falou: “olha, do INSS, não é auxílio doença, é CAT”, ela falou, falei assim no nome dela, então ela falou: “vai no sindicato”. Eu fui no sindicato, preenchi a CAT, que eu tinha o laudo do médico do trabalho, me deu um laudo, preenchi a CAT, levei pro INSS, no dia da primeira perícia.” (Maria Fernanda, auxiliar administrativa, 48 anos)

No período do acidente de trabalho, Jairo, impressor tipográfico, também encontrou dificuldade em dar entrada no pedido de benefício, e elucidou a problemática do contato do segurado com a equipe administrativa do INSS/SP quanto a marcação de consulta pericial e rolamento do processo legal referente ao benefício.

“Entrou direitinho, foi feito acidente de trabalho direitinho. O único problema foi bem na hora de receber e na carteira também que eles não registraram o tempo certo. Eu sofri acidente em 93, se eu não me engano ... foi em julho, eu não tenho a data certinha mas, quando eu vim a receber foi mais de 6 meses e menos de 1 terço, pra ganhar 1 salário, menos de um terço do que eu ganhava. Eu achava que tinha 1 salário a mais e não tinha nada. Então, muito baixo e aí eu já fiquei ... isso sem falar na canseira porque eu tive que rodar todo o Estado de São Paulo pra encontrar a agencia para eu dar entrada.” (Jairo, 38 anos)

Os entrevistados explicaram que o contato com a equipe administrativa do INSS/SP dificultou, em diversos momentos, a tramitação de seu processo previdenciário e o agendamento das perícias, contribuindo assim, para um clima de tensão prévio ao contato com o médico perito.

“ (...) eu queria ir num posto próximo da minha casa, que seria o Rangel Pestana, fui lá, às 5 horas da madrugada, horas e horas na fila, quando chegou minha vez de ser atendida, a moça falou: “Não, você não pode abrir

aqui, tem que ser aonde você começou.” Aí, eu falei gente, liguei em outros postos, não, você pode abrir em qualquer lugar. Até, a M.M., me orientei com ela, ela falou, tenta na Xavier de Toledo, fui lá, um dia eu fui, cheguei 5 horas da manhã, fui atendida ao meio dia, fiquei na fila até o meio dia, sentei lá, fiquei um tempão, senti não, faltava umas 10 pessoas pra eu entrar na porta, acabou a senha, acabo a senha. Aí, eu voltei pra casa, no outro dia eu fui mais cedo, cheguei mais cedo, fui de táxi, era escuro ainda, cheguei lá, a mesma coisa, mas nesse dia eu fui atendida, 1 hora da tarde, mas fui. Cheguei, aí a moça falou: “Não, não pode ser reaberto aqui porque o seu posto é na Brás Leme, porque se toda a documentação vier de lá pra cá ela extravia toda, não abre aqui.” Não abriu de novo, aí, num terceiro dia, eu fui às 4 horas da madrugada, de táxi, pra fila da Brás Leme, cheguei lá, já tinham algumas pessoas na minha frente deitadas, enroladas em cobertor dormindo, você não sabe quem são, você não sabe se é bandido, se é ladrão, você não sabe quem são.”

“Vc fica lá até o posto abrir. Nesse dia aí, a loja do outro lado da rua foi assaltada, vimos, né, a gente aluga os banquinhos pra sentar ali, aluga, quando é umas 6 horas da tarde, mais ou menos, os donos daqueles lugares que estavam enrolados em cobertor ali, eles estavam sendo pagos pra guardar aqueles lugares, aí os donos vão chegando, eles vão recebendo o dinheiro e as pessoas vão ficando. Aí, é assim, se por um azar, a cota hoje é de, vamos atender 10 pedidos de aposentadoria, se aqueles lá já preencheram, você não é atendido.” (Nice, 54 anos)

“Aí depois eu fui trabalhar. Eu não quis mais é voltar na Previdência, entrar com recurso, nada, primeiro porque a Previdência eles estavam muito grossos e não estavam atendendo como eram antes, né. Teve a diferença de atendimento, de hierarquia, de tudo. Eles estavam tratando as pessoas, não só a mim mas as outras que eu via que Graças a Deus o que eu tenho ‘e menos do que pessoas que tem coisa pior lá.” (Priscila, 35 anos)

Outro inconveniente citado pelos entrevistados foi a contínua “confusão” na categorização do benefício pelo INSS/SP, ou aceite de qualquer tipo de solicitação de benefício pelos trabalhadores, sem contestação. Essa questão é de suma importância, porque o benefício aplicado às LER/DORT, auxílio-acidente, garante direitos que o de auxílio-doença nega.

“Então, eu peguei e falar pra eles que eles tinham que me dar a CAT, não era o auxílio- doença. Porque o advogado já tinha me orientado “Não é auxílio-doença, é auxílio-doença por acidente de trabalho.” Que é o B91, que a Previdência fez a maior “cagada” e me colocou sempre como B31. Eu falei que era B91 aqui. Porque se eles me deram CAT, a Previdência tem que abrir como CAT, concorda? Eles estão com o documento de CAT, eles não sabem dizer qual é a diferença? Mas tudo bem, isso é outro caso. Isso é onde me afastei. Me afastei em 7/11/2002.” (Priscila, 35 anos)

“Aí, afastei de novo, a mesma história, fui lá, conversei com o pessoal da licença, porque é tudo no meu setor, eu falei: “Gente, o motivo é mesmo.” “Não, nós não podemos abrir CAT.” Se recusaram abrir a CAT novamente, pela segunda vez, porque é a segunda vez que eu me afastei também ele não abriu.

O sindicato abriu e ficou como auxílio-doença(...)” (Nice, 54 anos)

A entrevistada Nice, em primeiro afastamento, recebia auxílio-acidente o qual, no segundo afastamento, foi revertido em auxílio-doença pelo sindicato e aceito pelo INSS/SP, sem questionamento. Partindo de um acolhimento deficitário e pontuado por obstáculos, os sujeitos de pesquisa finalmente alcançam a consulta de perícia médica, objetivo de sua entrada no INSS/SP, e momento de encontro com o médico.

9.1.2. O encontro simbólico e o julgamento da capacidade para o trabalho

As concepções dos portadores de LER/DORT perante a consulta de perícia médica giraram em torno da expectativa da uma avaliação direcionada a seu estado de “doença”, e seu impacto para as atividades laborativas. Chegaram, então, à consulta pericial munidos dessa expectativa, e da experiência da doença vivida e sua sintomatologia característica, dor e perda da amplitude dos movimentos, parâmetros

subjetivos e de difícil constatação pelos médicos (Almeida e Codo, 1995; Batista, Garbin e Neves, 1998).

Nesta parte da análise dos dados foram abordados os aspectos referentes à dinâmica de acontecimento das perícias para que as representações dos sujeitos fossem melhor exploradas, elucidando as principais categorias temáticas encontradas nos relatos.

a) Onde é a perícia?

A primeira característica levantada pelos entrevistados à respeito das consultas de perícia médica foi a descentralização do atendimento, e a alternância de locais de consulta. Para cada perícia o trabalhador recebeu uma indicação de localidade que poderia se repetir, seguindo critérios de disponibilidade estabelecidos pela instituição.

Na época das entrevistas, além dos postos do INSS/SP, a instituição contava com uma rede de apoio para a realização das consultas constituída por médicos credenciados que atendiam em consultórios próprios. Com o objetivo de enxugar o sistema de execução das perícias, e obter um melhor controle sobre sua operação, esses consultórios foram descredenciados e a execução das perícias centralizadas nos postos do INSS/SP.

“A perícia, no início, foi em pontos diferentes. Foi tipo um teste, eu tomei como um teste pra confirmar realmente se eu tinha o problema ou não. O pior teste que é aquele que você tem que provar que esta doente. Então era

todas as documentações, tudo, tudo, tudo, até onde você não consegue buscar mais ele pediu, todos pra comprovar, os médicos da perícia. Então eu fazia perícia no, no começo a primeira perícia, no posto de Ribeirão, (...)E daí me encaminhou pra um outro perito, foi o da agência do INSS ... Num consultório. Passei nesse perito, acho que não foi mais ou menos 1 mês pra passar nessa outra perícia, foi antes de ser concedido o benefício. Passei em 3 perícias pra ser concedido o benefício. Aí passei nesse outro perito, ele me examinou novamente. Aí mandou que eu voltasse pra agência, aí lá na agência que veio pra aguardar em casa a carta que veio mais um sufoco. Sem trabalho, afastado, sem dinheiro.” (Jairo, 38 anos)

“Não, não, eu só fiz 3 perícias no posto (as restantes em consultórios credenciados).” (Maria Lúcia, 38 anos)

“A primeira vez, né, aí já veio agendado, a sua perícia é em tal lugar, tal lugar, aí eu ía lá, aí vamos supor, se ele falasse pra mim: “Vc vai continuar por mais um tempo licenciada.” Aí eu voltava daí 5 dias pegar o endereço de onde eu ía fazer a nova perícia. Sempre voltava pra saber onde ía ser a nova perícia.” (Nice, 54 anos)

b) Como é mesmo seu nome, Dr.?

Como descrito anteriormente, as perícias médicas aconteceram em locais diversos, e, por conseguinte, foram realizadas por médicos diferentes,

de acordo com a disponibilidade de agendamento desses profissionais. Mesmo que a perícia acontecesse repetidas vezes em um mesmo consultório, ou posto do INSS/SP, não era garantido o retorno com o médico da consulta anterior. A alternância de médicos na execução das consultas impactou de forma negativa sobre a relação médico-paciente, porque a continuidade do vínculo possibilita um melhor conhecimento acerca da doença e aprofunda o componente humano inerente a esse tipo de relação (Caprara e Lins, 1999).

“Passei com 3, passei com 4 médicos diferentes. Não tenho certeza mas foi, com certeza mesmo 3, 3 médicos diferentes.”

“Eu passei ... no início eu passei por perícias diferentes e atitudes diferentes também porque cada profissional age de uma maneira, acho que é própria dele. Então, quando a médica aí do posto do INSS, no começo eu passei umas 2 vezes com ela, se eu não me engano, e depois me encaminharam pra mais umas 3 perícias. Foram totalmente diferentes, totalmente. Depois que veio o benefício, a concessão do benefício, se eu não me engano, eu passei com outro médico que eu não lembro, depois me encaminharam pra uma médica, fora da agência do INSS, em Mauá, que eu moro em Ribeirão, eles falaram “você vai fazer perícia em Mauá.” Comecei a ir nessa médica, estranhei porque ninguém falava mal dela (...)” (Jairo, 38 anos)

“Olha, é, já teve médicos de eu fazer 3 perícias com 1 só, que ele falou que não pode. Esse eu gostei, essa minha última perícia eu passei 2 vezes com o mesmo médico.” (Maria Lúcia, 35 anos)

“Não, porque eu sou do posto da Brás Leme que eles mandaram nos consultórios credenciados, por ali, todos em Santana, mas nunca assim, hoje eu passava com você, na próxima perícia eu passava com outro.” (Nice, 54 anos).

O somatório da incerteza sobre local e médico da perícia tornaram o momento da consulta, naturalmente estressante, em evento sofrível para os entrevistados que expressaram nos relatos seu descontentamento e apontaram a falta de controle sobre os aspectos relacionados a consulta pericial.

“Não, sempre médicos diferentes que 15 dias antes, às vezes até 1 mês antes eu tava sofrendo, preocupada, não dormia porque eu não sabia, eu não sei que médico que eu vou encontrar pela frente, não sei como é que eu vou ser tratada...” (Maria Fernanda, 48 anos).

c). A experiência do encontro e a construção do universo simbólico acerca da consulta pericial

A partir do material coletado nas entrevistas, foi possível inferir que o diálogo estabelecido com o médico durante a consulta, quando existiu, aconteceu influenciado por ruído e, em alguns casos, imposição da fala daquele sobre a do segurado (Mynayo-Gomez e Verthein, 2000; Neves, 2006).

“Era senhor... aí eu coloquei, aí eu falei assim: “Dr. ...” aí ele falou assim: “primeiro eu falo, depois você fala!” Que eu ía falar da transformação da CAT. Aí ele foi, leu o laudo(...)” (Maria Lúcia, 38 anos).

“É tensa , né. Sempre tensa, muito tensa (a relação com o médico) porque o paciente está ali a qualquer ponto a explodir. Além da ansiedade, do problema que ele já tem, ele está esperando sempre uma patada. Ele nunca espera uma palavra ...”

“Vai preparado pra receber uma patada ou não olhar na cara, baixar a cabeça ou ignorar você. Fazer como o cachorro que esta ali. Isso não é o meu caso, Graças a Deus o que eu estou falando mas é os relatos que ve e muito onde eu passei. Não olha na cara , baixa a cabeça, pega os exames e olha, pega o paciente, examina.” (Jairo, 38 anos).

Os entrevistados enumeram a quantidade de perícias executadas, descreveram suas rotinas e avaliaram a conduta dos médicos que as executaram. Cada um dos entrevistados relatou ter passado por mais de 10 consultas periciais durante os períodos de afastamento por LER/DORT, fator de ampliação de seu repertório simbólico acerca da temática.

“Ah, eu acho que já deve ter feito umas 11 ou 12, por aí.” (Maria Lúcia, 38 anos).

“Nossa, eu fiz mais de 30 eu acho.” (Nice, 54 anos).

“Eu acho que a minha carteira está cheia de perícia. Pra ter idéia, a minha carteira esta toda marcada e não tem mais onde marcar, agora eu estou pondo só no cartãozinho. Eu tenho umas trinta ...” (Jairo, 38 anos).

“Ah, bem mais de duas porque durante o ano, de 3 em 3 meses, tem que fazer as contas, né. Às vezes passava um pouquinho, as vezes adiantava de 3 meses, ne. E assim, o primeiro ano do CAT eu fiz sempre no posto da Previdência Brás Leme. E era sempre com o mesmo medico.” (Priscila, 35 anos)

Quanto as rotinas das consultas, ficou claro que cada uma delas ocorreu sob dinâmica própria, baseada nas condutas do local, da equipe administrativa e do médico em exercício. Esse dado reforça o conceito de que a consulta médica se desenvolve como ato original e singular, respondendo a cada tipo de demanda de forma particular e única, e sob influência da expressão da afetividade já que consistiu contato humano,

mesmo que limitada pelo contexto institucional que prima pela padronização do atendimento. Nice compilou conteúdos fragmentados ao longo do discurso dos demais entrevistados sobre essa questão.

“Toda a perícia não é igual! Não é igual! Porque você é atendido de várias, né, apesar que naquele meu período de 3 anos lá, eu peguei até peritos legais, eu achei, que eles eram contratados.” (Nice, 54anos)

Contudo, a falta de padronização de procedimentos básicos pelo INSS/SP, como a execução do exame físico, tornou algumas consultas periciais mais “agradáveis” e, certos médicos e locais de perícia melhor avaliados pelos entrevistados.

“Não, tinha uma diferença de um médico pro outro. Tinha. Esse Dr. T., eu acho que era o nome dele, que eu sempre chamava ele de P. e ele falava que não era P., então eu acho que é T.. Eu sempre tive uma boa relação com ele, sabe, foi o primeiro que me atendeu desde o início, né. Aí eu passei mais umas 2 vezes com ele no 2003, depois eu não passei mais com ele e passei com outros. E outros sempre lá na Previdência de lá. E outros, eles eram muito grossos, não olhavam na cara, pegavam seu braço, fazia o que queria, não queria saber se você estava com cara de dor ou não.”

“Não, ele (o médico perito) falou assim que depressão, tomar remedinho, sabe, que ele é hipertenso e trabalha. Que ele sofre do coração e trabalha. Gordo, barrigudo, tem mais que morrer, sabe. Ele simplesmente foi grosso,

falou “ O que você tem não é nada!” Quer dizer, ele julgou a minha dor nada. Ele sabe o que eu estou sentindo? Ele não perguntou se estou sentindo dor? Ele simplesmente, ele fez o movimento em mim. Ele não pedia o movimento pra mim, pra eu mostrar como estava o movimento, ele simplesmente fez o meu movimento, né. Então, eu me senti assim, arrasada, né. Não voltei a trabalhar e esperei a previdência voltar da greve, né, e aonde eu fiz o pedido de reconsideração e aonde já calhou de eu estar aqui, já(...)”(Priscila, 35 anos)

Nos trechos selecionados, a entrevistada tocou nos principais pontos de embate entre médicos peritos e portadores de LER/DORT: a apreensão da postura do perito pelo portador de LER/DORT, e a problemática do exame físico enquanto instrumento de validação das LER/DORT pelo médico perito.

“Aí depois saí de lá, fui pra um outro consultório na Voluntários, então, lá na Rua Jovita, lá em Santana. Depois me mandaram pra Voluntários, né. O médico também, aquele médico que não olha nem na sua cara, que tem uma auxiliar que fica digitando pra ele porque eu acho que ele não sabe mexer no computador.” (Priscila, 35 anos)

Nos casos de LER/DORT o exame físico deve ser adotado como conduta padrão, já que os exames subsidiários não garantem clareza de definição quanto ao grau de acometimento e, conseqüentemente, da

capacidade para o trabalho (Dias, 2001). Contudo, entre os portadores da LER/DORT entrevistados ocorreu uma supervalorização dos exames subsidiais e laudos de médicos assistentes, em detrimento ao exame físico, expresso nas falas e relacionado à necessidade de comprovação social do adoecimento.

“O médico da dor, que eu estou passando no hospital em que eu trabalho, ele não tá me pedindo exame, todo mês eu to cobrando: “Dr. o senhor não vai me pedir exame?”(Não está te ajudando na perícia?) Não, não tá me ajudando. Ele fez um bloqueio, né, ele fez um bloqueio, né, faz o que, um mês e meio, mais ou menos, ele fez um bloqueio, mas de nada adiantou.”
(Maria Fernanda, 48anos).

“Não, ela é da Rua Barra Bonita. Ela não olhou meu ultrassom quando eu passei nela. Aí ela me pediu o eletroneuro, eu fiz. Quando foi uns dias depois eu levei, aí ela não me, eu não entrei na sala dela, entregou na mão da secretária. Como não deu nada ela me deu alta.” *(Maria Lúcia, 38 anos).*

Esse tipo de concepção acerca do adoecimento, em que a opinião do médico e os resultados dos exames possuem valor superior ao relato dos portadores, reflete os pressupostos da *medicina tecnológica*, baseada numa visão anatomo-patológica do adoecimento, e, de acordo com os relatos, incorporada pelos pacientes. Ainda, o médico foi caracterizado como autoridade sobre o assunto capaz de corroborar, ou refutar a existência da doença.

“Tem médico que sente superior. Eles acham porque ele é médico, ele tem uma faculdade, ele sabe que nós somos um lixo, um lixo!”

“Não, olha, eu acho que eu não tenho muita sorte com médico não porque minhas colegas fala que médico explico isso, isso ... eu nunca tive muita explicação de médico. Não, simplesmente eu vou lá, eles dá uma olhadinha, uma lidinha no laudo, alguns examina, tens uns que só lê o laudo, não fala nada, aí eles falam assim oh “tal dia pega o resultado lá com a secretária.” É isso, então não tem muito diálogo. Eu acho, eu, como eu converso muito, mas eu aprendi que quando o médico pergunta alguma coisa, agora, eu só falo sim ou não porque eu tenho até medo de falar alguma coisa a mais (...)”
(Maria Lúcia, 38 anos)

Os entrevistados relataram possuir restrições ao exame físico, principalmente relacionadas ao medo de sentir dor e a falta de controle sobre sua execução. Explicaram que o receio sentido perante a resultante desse tipo de avaliação em relação a confirmação das LER/DORT recaiu sobre a problemática da negação do adoecimento pelo médico e atrelamento do rótulo de simulador aos entrevistados (Almeida e Codo, 1995; Batista, Garbin e Neves, 1998; Neves, 2006). Por outro lado, os entrevistados expressaram que a execução do exame físico variou de médico para médico e, em algumas consultas, não fez parte da lista de procedimentos adotados.

“Não, nem todos, tem uns que fazem exame físico, têm outros que não fazem.” (Maria Lúcia, 38 anos)

“É! Não, eu não senti isso, ele é muito grosso. Aí ele me levantou, ele foi muito, muito, ele pegou meu braço numa violência, eu falei assim ... eu pensei comigo “Calma, não precisa fazer tudo isso!” Mas eu deveria ter falado, ter xingado o cara, eu não falei, eu deveria ter dado um pontapé nele na minha frente, sabe, porque ele pegou o meu braço, levantou e mandou lá pra trás.”

“(Ela se sentiu) Uma galinha! Uma galinha, que você pega pelo pescoço, sabe, depena ela e faz o que quer. E foi onde ele me deu alta. Falou que isso não era nada(...)” (Priscila, 35 anos).

O entendimento da vinculação de sua doença à simulação dos sintomas para a aquisição de ganhos secundários esteve relacionada à apreensão de posturas e opiniões dos médicos pelos entrevistados. Esse assunto foi pontuado de maneira explícita por apenas dois dos entrevistados.

“ (...) O braço está quase destronxado, dão uma torcida pra trás. O cara grita, “Olha, você está valorizando.” (Jairo, 38 anos).

“Não, essa foi. Aí ele me deu 3 meses, porque geralmente quando é primeira perícia dificilmente o médico dá alta na primeira perícia, porque se a gente se afasta é porque a gente tá mal. Aí, conforme vai passando eles acham

que é fingimento só que se têm os exames não pode ser fingimento.” (Maria Lúcia, 38 anos).

A avaliação dos médicos pelos trabalhadores tendeu à polarização entre “bons médicos” X “maus médicos”. Segundo os entrevistados, “bons médicos” seriam aqueles que dispensaram aos entrevistados um “tratamento digno” durante a consulta mas, principalmente aqueles que “acreditaram na existência da doença”, ou seja, referendam sua existência em contexto de invisibilidade da sintomatologia, atestando assim a incapacidade para o trabalho. Os “maus médicos” foram identificados como aqueles que não “acreditaram” no adoecimento, mesmo que o portador estivesse de posse de exames e laudos e, foram caracterizados como “rudes” durante a consulta. A entrevistada Nice explicou isso em sua fala:

“É que nem, eu peguei Dr. N., Dr. Nelson era uma simpatia. Quando eu ia lá, eu mostrava meus exames, ele olhava meus exames, ele olhava minha mão e acreditava no que eu estava falando pra ele. Eu olhava nos olhos dele e eu falava: “Dr. é isso!”. E ele falava: “Eu não tenho dúvida, você está extremamente documentada, eu estou vendo o problema na sua mão.” E ele entendia porque dizia que ele tinha também o problema. Então esse, comigo, sempre foi legal. E tinha esse L. R. que queria me aposentar, ele foi extremamente seco, tal, tal, mas era bom. Tratava pelo menos com dignidade. Tinha aquele outro, o Dr. F., Dr. F. ele era secão, ele era aquele que você entrava, falava “Bom dia, Dr.” e você ficava no ar. Não te respondia e a secretária sempre, extremamente mal educada.” (Nice, 54 anos)

Outro ponto colocado em questão foi o da presença de acompanhante durante a execução das consultas periciais, direito do segurado negado ou dificultado em algumas situações. Sobre esse aspecto recai a autoridade médica em detrimento da autonomia do paciente no momento da consulta, assim como a desorganização do INSS/SP quanto a padronização das condutas institucionais.

“(...) Aí voltei, depois dos 4 meses eu voltei na perícia lá perto do Hospital São Paulo, mas eu não lembro a rua e nem o nome da médica. Fui muito mal tratada, aí chorando, saí chorando. Eu fui com acompanhante ela fez meu acompanhante sair do consultório, ela não deixou, ela olhou e falou: “quem que é o paciente?”, né, e eu disse, “sou eu”, então ela disse “ela sai!”.(Maria Fernanda, 48 anos)

“ (...) Fazia questão de ser. Já vi pessoas falarem para ela: “Olha, eu vou entrar junto pra acompanhar fulano.” “Não, olha, o médico, não é proibido mas o médico prefere que não entre.” (Nice, 54 anos)

9.1.3. Pós- consulta: o resultado da perícia e a reorganização do futuro.

Cada consulta pericial apresentou um desfecho e, a partir dele, os sujeitos tiveram de reorganizar suas perspectivas e direcionar sua ação. Esta parte da investigação se destinou a análise do material que agregou o conjunto de relatos referentes à experiência pós-perícia, admitindo-se que dela poderiam ser esperados dois resultados: manutenção do benefício ou a alta.

Na hipótese da manutenção do benefício e, por conseguinte, do afastamento, o período entre perícias teve sua importância baseada na possibilidade da busca, ou manutenção do tratamento, neste estudo ainda mais relevante, porque caracterizou o momento em que os entrevistados chegaram ao CEREST/SP.

“Cheguei aqui ... é ...foi encaminhamento da Dr. M., minha médica do CRST-Sé, porque eu já passei por tantas fases lá: fisioterapia, tudo. E ela achou que eu deveria fazer o PTR pra melhorar, ela mandou muitas pessoas e eu fui, e eu, só eu dessas pessoas fui sorteada porque Deus sabia que eu tava precisando muito. Então ela me mandou pra eu melhorar porque aquelas pessoas com problemas mais graves ela manda, porque a gente faz o PTR, que tem psicólogo, tem fisioterapia, a acupuntura, pra gente melhorar.”
(Maria Lúcia, 38 anos)

“Eu cheguei aqui no CEREST encaminhado pela Dra. Maria Maeno, né, que eu já vinha sentindo umas dores, mas assim, se sentia aquela dor, mas ao mesmo tempo você pensava “como que eu vou deixar meu colega”, não dá pra passar no médico, eu não posso sair meia hora pra passar no médico porque tem bastante trabalho, né, então, aí fui deixando, deixando, aí, quando começou a cair a caneta da minha mão, o lápis, aí eu corri né. Liguei, no mesmo dia consegui uma consultinha com ela, né, ela imediato já afastou, afastou por uma semana (...)” (Maria Fernanda, 48 anos).

Em caso de alta, o portador de LER/DORT deveria retornar ao trabalho, ou tentar nova entrada junto ao INSS/SP. Para tanto, necessitaria de reabertura da CAT por meio do sindicato, serviço público de saúde ou pela empresa. Ressalte-se que, de acordo com a legislação previdenciária, o próprio trabalhador pode abrir sua CAT mas nenhum dos entrevistados havia tomado essa iniciativa, durante o período desta investigação.

Todos os entrevistados passaram pela experiência da alta em algum momento de seu afastamento. Na história de seus afastamentos, Maria Lúcia e Nice receberam alta em consulta de perícia médica, e retornaram ao trabalho, prejudicado pelo agravamento da sintomatologia das LER/DORT, o que provocou a procura por novo afastamento. No caso de Priscila, a alta de seu primeiro afastamento não representou retorno ao trabalho, porque ela conseguiu reabertura de sua CAT via empresa, em resposta à impossibilidade de executar sua função. .

“Aí, não, aí foram esses, esses 3 anos foram esses. Aí, esse dr. Fernando me deu alta, em 2003, dr. Fernando não, esqueci o nome dele, dr. Fábio, eu não lembro direito o nome dele, ele me deu alta...”

“Então, não, ele disse que eu estava apta a voltar a trabalhar mas, aí, como eu tinha reclamado dele na ouvidoria, porque eu achava que eu não estava bem então, eu entrei e falei com a ouvidoria. A ouvidoria, acho que falou com ele, ele não quis me atender no retorno e, aí, eu já estava com a assistente social, e eu falando pra ela, explicando minha situação, “Maria Emilia eu não estou em condições, olha como eu estou, olha os meus laudos, olha meus exames, eles estão todos aqui.” “Não, mas isso aqui é com o médico.” E não sei o que, ela falou, vc vai voltar com ele, aí vc volta aqui, nós vamos marcar o CRP, vc vai fazer o CRP, aí ele se recusou a me atender. Aí ela me mandou pra um perito dentro do posto, Brás Leme, aí passei com o dr., assim, super legal, tudo, tudo, quando ele olhou minha história ele me falou assim: “Vc não tem tendinite, isso aqui nunca foi acidente de trabalho!” “mas como dr. nunca foi acidente de trabalho?” “Seu problema é outro, seu problema é artrite!” Porque tem o atestado aqui da reumatologia mas a reumatologista sempre falando que eu estava bem do reumatismo, eu tinha assim, um comecinho de artrite, tanto é que não tenho desde ... mas como ele viu ... aí ele falou: “Não, te dou alta.” Mas eu falei: “Dr., não estou em condições.” (Nice, anos)

“Aí, eu não retornei ao trabalho, não. Eu peguei os relatórios dos meus médicos, ai fui na empresa, falei pra eles que eu tinha que reabrir o CAT. Aí

eles me deram uma reabertura de CAT, né. Eu não voltei a trabalhar. Aí eu fiquei, fiz a reabertura de CAT, em 2000 ... porque eu fiquei de 2003 até 2003, de, quase pra 2004 com um CAT. Aí eu fiz a reabertura do CAT de 2004 até 2005, quando foi a alta que é, como o INSS mudou tudo, é aquelas altas, não pode, é, foi alta programada e eu não podia mais entrar com reabertura de CAT, porque não estava mais reabertura de CAT, era só PR. Então, eu fiz o pedido de reconsideração de novo, porque eu também não estava apta e fiquei até dia, acho que até novembro de 2005.” (Priscila, 35 anos)

Esses afastamentos e altas ocorreram anteriormente às mudanças estruturais realizadas no sistema previdenciário do INSS, as quais, dentre outras medidas, representaram o descredenciamento dos consultórios médicos de apoio, e introdução do conceito alta programada, ponto que será discutido de forma mais abrangente no recorte da análise destinado aos médicos peritos. Na época das entrevistas Marília, Maria Lúcia e Jairo mantinham seus afastamentos por período indeterminado; Priscila havia recebido alta e demissão após retornar ao antigo posto de trabalho e no período da entrevista lutava junto ao INSS/SP por benefício; Nice e Maria Fernanda aguardavam pela data da alta programada.

“Aí, eu fiquei até maio, aí quando foi maio, porque não agüentei, porque eu levantei, eu estava toda hora, eu ía lá no banheiro e eu me esticava, fazia um pouquinho de alongamento e aquele lance, o braço assim, o formigamento volta tudo, e sem fazer esforço porque eu estava só ali separando papel. As minhas dores voltaram todas Carol, todas, aí, eu de

novo, eu fui no médico, o dr. falou que não era normal, no meu médico de convênio, eu já tinha voltado ... não, esse afastamento foi a Maria Maeno que deu, foi a Maeno porque o meu médico estava de férias, não tinha voltado. Foi a Maria Maeno que me licenciou, aí eu sai de novo, aí o perito, no dia da minha perícia, já fui lá, fiz a perícia e saí de lá com a minha alta programada ...”

“Mas ele já tinha programado minha alta, mas aí ele já mandou eu tirar a roupa, fazer exame, ele mandou eu tirar a camiseta pra fazer exame, pra examinar, tudo(...)” (Nice, 54 anos).

“Aí depois eu fui trabalhar. Eu não quis mais é voltar na Previdência, entrar com recurso, nada, primeiro porque a Previdência eles estavam muito grossos e não estavam atendendo como eram antes, né. Teve a diferença de atendimento, de hierarquia, de tudo. Eles estavam tratando as pessoas, não só a mim mas as outras que eu via que Graças a Deus o que eu tenho é menos do que pessoas que tem coisa pior lá.” (Priscila, 35 anos).

9.2. A relação médico-paciente a partir da experiência do médico

Este momento da análise alcança o conjunto de representações sociais dos médicos peritos acerca das LER/DORT, tendo como contexto de apreensão dos dados a consulta médica, espaço familiar a esses sujeitos. Alguns dos conteúdos encontrados nos relatos dos médicos peritos foram previstos durante a construção do roteiro de perguntas, por outro lado, durante a situação de entrevista, as falas revelaram um campo mais amplo, mais complexo e, ao mesmo tempo, complementar a fala dos portadores de LER/DORT. Isso reafirma a validade do encontro, que aqui é denominado *encontro simbólico*, porque nesta pesquisa os sujeitos, médicos e pacientes, foram abordados aleatoriamente, como descrito em ponto anterior desta investigação.

Quanto às características desse encontro, sua ocorrência perpassou os processos de significação de cada um dos envolvidos, tocado pelo contato com o outro, estranho (estrangeiro), de diferente estrato social, e foi reavivado no tempo da entrevista, esse instrumento de captação de dados representativo de evento particular que, à medida em que recebe tratamento analítico, é capaz de expressar o diálogo que ocorreu entre os sujeitos de forma, evidenciando a (re)significação desse encontro..

Neste capítulo foi descrita a análise temática dos conteúdos extraídos dos relatos dos médicos peritos apresentados a partir de conjuntos temáticos encadeados, partindo dos fatores de embate na consulta pericial para outros, inerentes a situação de consulta, e apontados pelos

entrevistados, finalizando com os aspectos levantados a respeito do futuro da perícia médica no Brasil.

9.2.1. O médico perito e o médico assistente: um *embate de “papéis”*

Quando o foco da discussão foi direcionado ao papel do médico perito no contexto da perícia, algumas considerações foram levantadas. Neste estudo, os entrevistados tiveram como momento histórico de inserção no mercado de trabalho o advento da *medicina tecnológica empresarial*, e suas características de institucionalização, e assalariamento do trabalho do médico, agregadas ao embasamento da prática da medicina sob um olhar anatomo-patológico da doença e do paciente. Esse enfoque cientificista do exercício da medicina surgiu em resposta à necessidade de asseguração da confiabilidade das condutas através da transferência do ônus do diagnóstico para os resultados coletados a partir de equipamentos tecnológicos, e uma estrutura de trabalho configurada por atos parcelares e hierarquização da mão-de-obra. Esse dimensionamento científico da prática intuiu uma objetivação do trabalho do médico. .

A partir dos dados encontrados nesta investigação foi possível concluir que os médicos peritos encontravam-se postados em posição extremamente peculiar, enquanto profissionais da medicina, já que sua atuação estava subordinada a certos aspectos. Em primeiro lugar, a instituição em que se inseriam, o INSS/SP estabelecia suas regras de trabalho, e atribuiu a esses profissionais a função e denominação de *perito*, título que os afastou do exercício da medicina clínica e os aproximou da área de direito previdenciário, e da observação do paciente como segurado.

Essa transformação da atuação do médico impôs um segundo paradigma relacionado ao aspecto mais intrínseco da medicina, o afastamento do exercício da “arte de curar” em privilégio aos juízos de valor relacionados ao seguro atribuído à avaliação da incapacidade para o trabalho, documentada e passível de indenização.

Ainda, um terceiro limite pode ser observado quanto ao exercício da autonomia da medicina, e do papel do médico, enquanto autoridade social, político-ideológica sobre o adoecer e a saúde da população, neste caso, relacionada à problemática da saúde do trabalhador, tornando as condutas e os julgamentos mais da instituição e de sua ideologia que do médico.

Com isso, o médico perito acabou por se tornar, em síntese, depositário de expectativas: da instituição que cobrava resultados de seu trabalho quanto ao número de segurados atendidos, e tipos de benefícios concedidos e, dos segurados em perícia, neste caso particular os portadores de LER/DORT, que transferiram para figura do perito a responsabilidade de decisão sobre seu futuro profissional e social. Os médicos peritos, então, abarcaram o ônus de mediar o embate entre esses dois pólos de expectativas, demandas dos segurados e a realidade imposta pela instituição seguradora, cujos resultados são uma visibilidade social contaminada por um pré-julgamento negativo.

Da apreensão dos relatos dos médicos peritos entrevistados, foi levantado que um primeiro ponto de tensão entre eles e os portadores de LER/DORT residiu na diferenciação entre o enfoque de sua atuação, que girava em torno da determinação da capacidade e incapacidade para o

trabalho, e o outro tipo de exercício da medicina desenvolvido pelos “médicos assistentes” (nomenclatura citada pelos entrevistados), relacionada ao diagnóstico, tratamento das doenças.

“Eu acho primeiro, que não é função precípua do perito fazer diagnóstico. Então ele confirma o diagnóstico através daqueles dados que lhe são trazidos, vamos dizer assim. Se ele não conseguiu, ele tem a opção de solicitar, certo, seja relatório, seja algum outro exame complementar embora a gente saiba que essa solicitação é difícil tá, mas a gente tem essa... se a gente não sente segurança suficiente naquilo que é trazido, de solicitar. E aí, o que realmente o perito tem que julgar é a incapacidade, que é muito mais, na minha opinião uma avaliação do exame físico bem feito do que de exame complementar, já fala o nome, complementar. E eu acho que, como o exame não só precisa ser de certa forma específico, se vê o doente como um todo, mas se dá muito mais atenção àquilo que está causando a limitação, eu acho que exame complementar é mais um auxiliar, mas não é tão importante quanto ele é para fazer o diagnóstico.” (Dr. Sandro)

“No caso da perícia médica na Previdência, uma perícia administrativa, onde a instituição é a autoridade que solicita ao médico perito dados para informar não sobre a doença, mas sobre se esse segurado tem ou não capacidade de trabalho para poder, em caso de não ter, usufruir dos benefícios a que tem direito. Então, perícia é apenas um ato médico para, um ato médico de medicina legal para fornecer elementos para que a instituição resolva conceder ou não o benefício.” (Dr. Marcos).

Das afirmações expressas nos relatos tornou-se evidente que o trabalho do perito, enquanto médico, carregava traços extremamente peculiares, e se afastava dos pressupostos da prática assistencial. O papel do médico assistente foi vinculado à pesquisa de evidências clínicas anatomo-patológicas com o objetivo de identificar um diagnóstico da doença, dado reforçado pelos achados de Fernandes (1993) e Caprara e Lins (1999). Segundo os entrevistados, o médico perito deveria utilizar as evidências de lesão biológica para determinar condições de concessão de benefício previdenciário, em acordo com regras institucionais. Assim, ficou caracterizada uma situação em que profissionais de mesma formação possuíam diferentes formas de observação sobre o processo saúde-doença, fator fomentador de conflito com portadores de LER/DORT, que tinham sua expectativa de direito alimentada pelo assistente, e negada pelo perito.

“Eu acho que o maior problema é exatamente esse, quer dizer, primeiro o segurado tem uma expectativa de direito que nem sempre é real. A segunda é quando o segurado vem orientado, e, principalmente, quando vem orientado por um médico assistencialista, que eu não acho que o colega tenha uma má intenção, mas tem um desconhecimento não só do que é a perícia, mas, do que é o direito do segurado.”

“(...) Tanto é conflito porque os médicos da medicina assistencial não entendem nada de perícia médica, não sabem como ela é feita, não entendem nada das regras, vamos dizer assim, que o indivíduo tem que preencher para ter direito a um benefício, não têm noção dos

enquadramentos e, causam uma expectativa no segurado que às vezes é muito maior do que aquela do direito dele. E essa é uma causa de grande conflito, principalmente, na área que você está trabalhando que é a LER/DORT.” (Dr. Sandro)

“Vamos supor uma patologia muito freqüente hoje, de 20 a 30% de nós brasileiros temos hipertensão arterial. Você tem hipertensão arterial, você vai procurar o seu médico assistente que é um cardiologista, o que é que o cardiologista escreve que você tem hipertensão arterial, que você deva ser aposentada por invalidez. Por exemplo, o que é que ele gera em você que é uma hipertensa, uma expectativa de direito, você está consciente e você entende, formatou com você que você está aposentada por invalidez. Aí, você chega na perícia médica com a carta do médico assistente, portando uma patologia, entendendo que você deva ser aposentada por invalidez. Ora, a concessão do benefício ela não depende só da doença, tem que haver um binômio para a avaliação pericial, doença e incapacidade laborativa, quer dizer, pode ser que você, que você esteja doente e esteja incapaz para o trabalho, essa incapacidade ela pode ser temporária ou permanente. Então, dependendo das nuances você vai ter ou não o benefício que você pleiteia.” (Dr. João)

A consulta de perícia médica consistiu em espaço de discussão das variáveis nexos e incapacidade; a doença representou apenas um dos norteadores do julgamento. O segurado que alcançava o momento da consulta ia ao encontro do médico e do universo simbólico que envolvia

esse profissional, carregando em sua bagagem um conjunto de expectativas baseadas em representações sociais, que agregou à respeito da profissão médica, tendo como base seu contato com médicos assistentes. Por isso, quando se deparava com o perito, e uma anamnese restrita às questões previdenciárias, era previsível o conflito.

9.2.2. A construção do significado da consulta médica no espaço previdenciário

“Como todo o ato médico envolve, é, bastante momentos de discordâncias e dúvidas, porque quando você faz a perícia você é o elemento neutro, está no limite entre o segurado que quer o benefício e a responder a instituição se esse segurado tem ou não o direito a esse benefício. Então, ele vai, ele tem que ser neutro, não existe uma relação médico paciente na perícia. Ele é neutro, ele vai estudar todos os aspectos que a doença esteja interferindo na sua capacidade de trabalho e, a partir desse momento ele vai decidir se ele tem ou não capacidade laborativa. E ele esclarece isso para o segurado... quem vai negar o benefício não é o médico perito, é a instituição perante as informações do médico perito.” (Dr. Marcos)

O entrevistado deixou claro em seu relato que o julgamento médico exigido na situação de consulta pericial consistia em ação complexa baseada na tomada de decisões arriscadas. Para que possa exercer esse tipo de julgamento com segurança, uma vez que responde a uma instituição,

o médico deve se aproximar da neutralidade, ou seja, rebater qualquer tipo de afetividade ou subjetividade em prol do cientificismo e da normatização da conduta, pressupostos da *medicina tecnológica*. Assim, acontecia um tolhimento da autonomia do médico na execução da perícia e sua atuação junto à estrutura previdenciária acabava por colocar em xeque pressupostos de sua formação médica relacionados à responsabilidade social. Por conseguinte, ocorria embate com o segurado em perícia, cujas expectativas de cuidado em relação a figura do médico não se concretizam.

“E aí é um choque nas regras, entendeu, muitas vezes então a gente se vê na seguintes circunstâncias: vem um segurado que tá claramente incapaz, do ponto de vista médico não tenho a menor dúvida de que ele tá incapaz, mas a gente é obrigado a fixar uma data de início da doença e uma data de início da incapacidade, por exemplo é anterior ao início do pagamento, ele não vai ter direito e, com quem que ele fica bravo de cara? É com o médico. Mas como o senhor tá dizendo que eu não tenho direito se eu tô quase morrendo? Não sou eu quem tá dizendo. Às vezes no meu laudo tá escrito, tá incapaz,... tudo bem, tá incapaz, eu sei que ele tá incapaz, mas ele não tem direito, não sou eu que crio.” (Dr. Sandro).

Esses profissionais, de formação autônoma, são obrigados a restringir a amplitude de sua ação e, dessa forma, também a expressão da subjetividade durante as consultas, elemento de descaracterização da relação médico-paciente (Fernandes, 1993). Segundo Soar Filho (1998), as

normas da instituição a que o profissional médico está submetido acabam por vesti-lo como vilão, quando se contrapõe as necessidades e expectativas do paciente, tornando o médico depositário da frustração e raiva produzidas. Além disso, Fernandes (1993) afirma que na atualidade não existe espaço, durante o tempo da consulta médica extra-hospitalar, para a exposição de conteúdos políticos (moradia, condição sócio-econômica, situação ocupacional, etc). Os entrevistados utilizaram como alternativa a essa problemática o distanciamento da subjetividade do paciente pela adoção de condutas baseadas no saber técnico. De acordo com a discussão de Fernandes (1993), o contato entre médico e paciente se configura em relação e implica na expressão de sentimentos, mesmo que exista uma tentativa de evitar esse fenômeno. Um dos entrevistados tocou nessa questão.

“Eu acho que é uma coisa muito interessante, eu acho que é muito difícil, é... a gente tem que ter... bastante consciência daquilo que tá fazendo e ter muito claro que a gente tem que ser técnico. Se a gente for emocional fica pesado, fica muito difícil. Eu acho isso, (concordando comigo sobre a sobre a pressão social) em palestras que a gente dá, em treinamentos, eu sempre ponho isso muito pro perito, pro pessoal que tá muitas vezes começando, colegas meus experientes, se vai viver um conflito pessoal eterno e num conflito se você não for muito técnico. Tem que se ater a avaliação técnica, em cima de normas, se for ver a parte social, toda essa coisa, fica terrível, se sempre vai fazer um mau trabalho. Não vai ser um bom perito. Se vai fazer um mau trabalho, quer dizer, se vai conceder pra quem não tem direito

e eu acho que o papel do perito é conceder pra aquele que tem direito, não é não conceder, conceder pra quem tem direito. Baseado nas normas...se a gente for levar essa parte de assistência social não precisaria de perícia, seria só conceder.” (Dr. Sandro)

O relato mais marcante sobre o distanciamento desejado pelo médico na consulta pericial com o objetivo de garantir a neutralidade da atuação foi descrito abaixo.

“Mas, voltando então, a essa, ao relacionamento entre perito - periciando, evidente que quando alguém pede uma perícia é porque ela está querendo o benefício. Então, ela vem no exame pericial, a história é de dor. Ela vai dizer que tem dor e vai agravar essa anamnese, então é muito prejudicada a história nesse sentido, nenhuma pessoa que quer o benefício vai dizer “olha Dr., eu estou sem dor.” Evidente que está doente, está doendo muito e no exame direto, objetivo, principalmente na pesquisa de sinais também é prejudicada porque, é, qualquer movimento que você faz no segurado ele vai sentir dor. Então, como que devem ser avaliados esses casos? É, primeiro o médico perito, ele não pode e não deve comunicar a sua impressão. Ele tem que se ater ao que ele observa escrever o que ele ouve, a sua impressão e sem nenhum comentário. Isso é a perícia, o médico perito é neutro. Então, ele ouve, escuta e conclui sem manifestar sinais para o segurado. E vai investigar no caso específico da LER, que são doenças osteomuscular, vai verificar o prejuízo da função de cada articulação, de cada parte do corpo.

Se existe contratura muscular, se existe deformidade, se existe atrofia, se existe perda de movimento, se existe prejuízo para aquela função que ele depende. Aí vai concluir ou não pelo benefício.” (Dr. Marcos)

Os outros entrevistados foram menos radicais quanto à adoção dessa postura de distanciamento total em relação à subjetividade do paciente, contudo, reforçaram que a atuação pericial deveria ser norteadada pela neutralidade científica e embasada pela normatização da lei previdenciária de concessão de benefícios. No âmbito da utilização do saber técnico durante a consulta, os entrevistados foram questionados à respeito das particularidades da perícia dos portadores de LER/DORT.

“Eu acho que como eu já expus, realmente é uma perícia diferente. Porque se o indivíduo chega com hipertensão, hipertensão até que eu prove o contrário pra você estabelecer o nexo de uma hipertensão com o trabalho é algo muito difícil, é uma situação excepcional. Agora, em relação à tendinite, não! A tendinite com um percentual grande, realmente ela tem uma vinculação com o trabalho. Então, é uma perícia diferente, tem que ser feita uma anamnese ocupacional, tem que se saber os antecedentes profissionais desse segurado, “aonde ele trabalho?” Tem que se saber se ele está só vinculado com aquela empresa ou se ele trabalha em outra empresa, tem que se saber se na atividade de lazer dele, ele desempenha alguma atividade que pode estar agravando ou desencadeando essa LER. Então, por exemplo, o indivíduo é bancário e ele no banco, ele não digita, o trabalho dele é um trabalho mais de atendimento ao público, sem digitação. Só que

quando ele faz em casa, ele é um digitador em casa, então ele digita, ele faz trabalhos, ele tem empresa que executa trabalhos pra estudantes que estão fazendo o mestrado, por exemplo, digitando a tese de dissertação do mestrado. Então, na atividade laborativa dele a exposição é mínima enquanto que na atividade extra laboral dele. Então, tudo isso deva ser analisado na hora do exame pericial. Outra situação importante é o exame clínico, examina o exame físico, pra ver se existe correlação entre as queixas do paciente, entre os achados do exame físico e, eventualmente, até o exame subsidiário que ele leve. E a terceira solicitação é a realização de uma inspeção ao local de trabalho que, às vezes, para confirmar o diagnóstico, o médico perito, pra ele concluir aquela perícia, ele tem que ir no local de trabalho daquele segurado. Então, essas situações tornam a perícia do lesionado, do portador de LER/DORT uma perícia diferente das outras.” (Dr. João)

Mesmo que os demais entrevistados tenham negado o fato de que a perícia para o portador de LER/DORT exigisse procedimentos de avaliação diferenciados essa prerrogativa esteve implícita aos relatos.

“Eu encaro como uma perícia normal, eu acho que no momento em que eu for encarar como uma perícia especial, eu já estou fazendo uma discriminação, certo. Agora, é sabido que é um dos maiores pontos de conflito. Eu acho que, infelizmente, o perito do INSS ficou no meio de uma, de um tiroteio com o qual ele não tem nada que ver, certo. Acho que a gente

só tem que estabelecer se há ou se não há incapacidade. Eu acho que o médico do INSS, essa é minha opinião pessoal, não deveria de jeito nenhum entrar no mérito do nexa, eu acho que o nexa é um problema do trabalhador com a empresa, tem haver com o Ministério do Trabalho, com a medicina do trabalho, não tem nada a ver com o INSS. O INSS é uma seguradora, se o indivíduo está incapaz ele vai receber um seguro. O que causou a incapacidade não tem nada a ver com o trabalho do INSS. Não tem nada a ver. Agora, o que acontece, se foi justo ou não foi justo, não cabe a mim julgar, o acidente do trabalho dá pro trabalhador ou dá pro segurado alguns, vamos chamar de “privilégios”, em relação àquele... é aquela história, quebrou a perna trabalhando, ele tem alguns direitos, se ele quebra a perna fora do trabalho ele não tem. Eu acho que é errado, eu acho que na visão de médico perito do Instituto, pra mim, quebrou a perna tanto faz se tá trabalhando ou não tá, ele não vai poder trabalhar pelo tempo que a perna demora pra ficar boa. Agora, puseram o médico do INSS no meio de uma coisa que ele não tem nada que ver, se foi acidente de trabalho ou se não foi, eu acho que essa acaba sendo uma função nossa, na minha opinião não deveria ser. E acho que isso causa muito conflito exatamente porque é um trabalhador que já vem exigindo alguns direitos, e como eu disse algumas vezes esses direitos nem sempre ele os têm, mas, é colocado na cabeça dele via Sindicato, via médico assistencial, via o próprio CEREST, tá certo, de que ele tem esses direitos. Então, ele já vem para a perícia, vamos dizer assim, “armado”, e aí causa conflito, às vezes.” (Dr. Sandro)

Os trechos selecionados trouxeram três questões de destaque das perícias de portadores de LER/DORT em relação as demais: onexo causal, o exame físico e os exames subsidiais.

A abordagem da temática do nexo causal não foi prevista nos roteiros de entrevista, mas levantada pelos sujeitos. Para os trabalhadores portadores de LER/DORT apresentou-se na dificuldade da categorização do benefício; para os peritos, na forma de protesto contra essa atribuição que representava mais um ponto de conflito com o segurado.

“Veja bem, eu sempre achei que Previdência devesse ficar a parte dessa questão do nexo, pra previdência, pra perícia médica da previdência pouco importa, isso é importante é pras empresas. A Previdência hoje o valor do benefício é o mesmo, pras empresas é que interessa o nexo por quê? Porque elas têm, quando o segurado está afastado por acidente de trabalho, ele tem 1 ano de estabilidade e recolhe o fundo de garantia. Agora para a Previdência vai haver interesse na arrecadação, então se houver uma incidência maior, pela legislação atual você pode arrecadar mais. Então, para a perícia médica em si eu acho que não gera grande diferença o estabelecimento do nexo pela perícia ou o nexo epidemiológico.” (Dr. João)

Para que o nexo causal entre trabalho e adoecimento possa ser estabelecido pelo médico perito são utilizados os dados impressos na carteira de trabalho do portador de LER/DORT, a anamnese e história do trabalho, associados ao exame físico e subsidiais. A resultante do

estabelecimento dessa relação é a concessão de benefício caracterizado como auxílio-acidente, aspecto descrito previamente neste estudo. O estabelecimento do nexos causal pelo médico perito reforça a lógica de que a doença deve ser validada pela identificação do sítio de lesão biológica inerente à condição referida pelo paciente, em detrimento ao relato do sofrimento (Fernandes, 1993). Os médicos entrevistados relataram as dificuldades encontradas frente à importância da definição do nexos causal e suas repercussões sociais.

“E existe uma outra situação, casos de LER/DORT onde o perito entende sendo uma tendinite, não estabelece o nexos porque, o que é que é fundamental? O estudo do posto de trabalho daquele segurado, daquele paciente. Quer dizer, erram todos os médicos que participam desse, do atendimento a esse segurado, a esse paciente. Primeiro, o médico do trabalho ele não toma atitudes concretas no local do trabalho para que haja uma diminuição de incidência, pra que haja uma prevenção e uma profilaxia do aparecimento desse acometimento. Erra o médico do CEREST como, porque ele emite uma comunicação de acidente do trabalho sem ir ao posto de trabalho e saber se realmente aquele trabalhador tá exposto e aquilo ali se desenvolveu. E, erra o perito, às vezes, negando a concessão desse benefício, negando a existência desse acometimento LER/DORT sem também ir no local de trabalho pra ver se realmente aquele segurado não estava exposto. Então, aí acaba sendo prejudicado o segurado. Eu acho que é situação grave, ela tem que ser tratada de uma forma bastante séria,

principalmente pelo médico do trabalho, pelo médico perito e pelo médico que atende a saúde do trabalhador. Eu acho que os três têm que estar agindo em consonância como o objetivo comum é evitar o aumento de incidência e esse acometimento que cada vez se avoluma mais.” (Dr. João).

O exame físico foi identificado pelos médicos peritos como elemento necessário durante a execução da perícia do portador de LER/DORT, contraponto à percepção dos trabalhadores que dispensam a esse procedimento função secundária e até caráter intimidatório.

“Eu acho que é o mais importante. Eu acho que o médico pode fazer uma perícia sem nenhum exame complementar mas, jamais pode completar uma perícia só com exame complementar.” (Dr. Sandro)

Eles ressaltaram o valor comprobatório do exame físico em detrimento aos exames subsidiários no tocante a perícia médica de segurados portadores de LER/DORT. Mais uma vez, são utilizados recursos (o exame físico e subsidiário) que privilegiam a avaliação do paciente a partir dos achados anatomo-patológicos indicadores de doença, em detrimento a escuta do paciente.

“Olha, veja bem, isso não é o INSS que tem que instruir, cada médico tem que saber a sua conduta. É básico, é obrigação básica de qualquer exame ter a presença do segurado, como no consultório ter a presença do, vou mudar o nome pra paciente, e tem que ter o exame físico. E como eu te disse, nem sempre esse exame físico é um exame físico tão completo

quanto seria no consultório em vai se fazer o diagnóstico. É um exame físico voltado pra queixa e pra tentar identificar a limitação pro trabalho do segurado. Então, é um exame físico um pouco diferente daquele exame físico do médico que vai... o perito não está preocupado em tratar, em dar remédio, aliás, nem deve opinar sobre tratamento, medicação, se o tratamento tá certo, tá errado, isso não é função do médico perito. Então o exame físico é o mais específico, eu acho que ele é muito mais importante pra definir a incapacidade do que o exame complementar. Ainda mais na LER/DORT. Tem o exame complementar que tem tudo e o indivíduo tá te mostrando ali no exame que não tem limitação, que não tem hipotrofia muscular, que não tem nada que caracteriza incapacidade. E tem muito o fator dor que é uma coisa subjetiva. Não existe um medidor de dor.” (Dr. Sandro)

“Então, em relação a isso, complementando as sábias palavras do Dr.Marcos, o diagnóstico de LER é um diagnóstico clínico, ele não, ele independe do exame subsidiário. Agora, o médico perito, ele pode eventualmente lançar mão desse exame subsidiário para complementar uma dificuldade que ele está tendo no exame clínico. Quando que na verdade, ao médico perito cabe o quê? Avaliar a capacidade laborativa. Ver se existe a doença e ver se essa doença ela vai gerar uma incapacidade laborativa ou não.” (Dr. João)

Durante a discussão da relação médico-paciente foi levantada a temática da simulação, ou “valorização” dos sintomas durante a perícia como meio de obtenção de ganhos secundários, nesse caso, o benefício.

Essa questão foi estudada por Soar Filho (1998), cuja referência apresentada foi o contexto da consulta convencional. Um dos entrevistados discorreu sobre essa problemática, relacionando-a com a situação do mercado de trabalho brasileiro, marcado pelos altos índices de desemprego, e evidenciando a responsabilidade político-social da atuação política do médico perito.

“Eu te diria que isso não é a maioria. Não é a maioria. Mas existe um certo número de pessoas, que eu disse, que geralmente são pessoas que já vem, vamos dizer, predispostas, muitas vezes a pessoa até sabe que não tem o direito, vem impor o direito, sabe. E tem muito problema social também. Quanto maior a taxa de desemprego é líquido e certo que maior é a tensão do indivíduo e, maior é número daqueles que efetivamente, ou não tem a incapacidade ou não tem o direito, mas que vem tentar. Estes são geralmente, ou estas são as pessoas que vêm mais predispostas a enfrentar o perito, ou querer de qualquer forma que seja considerado incapaz quando freqüentemente não é. E outra coisa importante também, que eu acho que talvez seja interessante, que é uma dificuldade que a gente vê, pessoa acha que “estou doente tenho direito ao benefício”. E não é esse o discurso. É estou doente, a doença causa uma incapacidade e a incapacidade que dá direito ao benefício. Então, é muito freqüente, o indivíduo fala bom, entrou o seu José que veio junto comigo, ele tinha dor nas costas, certo, e ele recebeu o benefício, bom, seu José estivador. E entrei eu, que tenho a dor nas costas e não tenho direito a benefício. Bom, só que eu sou ascensorista,

trabalho sentadinho o dia inteiro, só mexendo a mãozinha pra apertar o botão do elevador, o outro carrega saco de 60 kg nas costas. E o perito tem que ver, a função do perito é exatamente essa, é ver a incapacidade e o tipo de atividade do indivíduo. Isso acontece muito com LER/DORT.” (Dr. Sandro)

Essa realidade impunha à atuação dos médicos peritos previdenciários entrevistados o peso de arbitrar sobre o futuro de segurados que, uma vez excluídos do mercado de trabalho formal em decorrência de sua patologia, encontravam limitações físicas ao desempenho de sua atividade laborativa e de outras possíveis fontes de renda.

9.2.3. Problemas presentes e o futuro da perícia médica no INSS/SP

No período de execução do estudo o INSS, passava por momento de implantação de mudanças relacionadas à estruturação da prática, e orientação normativa dos procedimentos relacionados às consultas de perícia médica. Os entrevistados apontaram que o sistema médico previdenciário do INSS, como um todo, passava por um momento de reavaliação, já que o conjunto de segurados afastados era muito grande e, em algumas regiões do país, como no Estado de São Paulo, o número de peritos para a execução das consultas, insuficiente, o que levou a intensificação da morosidade burocrática, e gastos excessivos com a manutenção de benefícios injustificados.

“Sim, isso tem sido muito grande durante os, eu diria que nos últimos 10 anos foi o maior crescimento de número de segurados, enquanto houve um decréscimo no número de médicos. Muitos vão se aposentando, outros vão saindo espontaneamente e a não ser... esse último concurso que teve foi no ano passado ... Acho que o último concurso foi o que fiz em 76. Não, depois teve um de supervisor médico, mas foi um número muito pequeno.”

“Não tenho esse número pra te falar... o problema maior é na cidade de São Paulo. E algumas, pontual em algumas cidades do interior, tá. Tirando o Estado de São Paulo a coisa tá mais ou menos equilibrada. Têm locais em que até sobra de vagas, por exemplo, o Nordeste faz a perícia no dia. Vamos dizer, o número de médicos é, às vezes mais do que seria

necessário, tem sobra. Agora, nos grande centros, né, então você pega Belo Horizonte, você pega São Paulo, Porto Alegre, a coisa fica mais apertada. Em algumas cidades no interior que são pólos, viviam de cidades satélites onde tinha só credenciado, então até esse novo concurso vai ser um pouco difícil porque tá tendo que deslocar médico, deslocar segurado(...)" (Dr. Sandro)

"É difícil comentar, mas eu acho que a perícia médica vem passando por momentos bastante difíceis, porque, ao longo da sua história, ela foi, até muitas vezes desvalorizada pela própria instituição, onde não se contratava mais médicos peritos e onde se aumentou a rede de credenciados e, credenciados cuja única qualificação necessária era ser médico, tinha bastante pouco conhecimento de perícia, eram bons médicos, sabiam avaliar a capacidade, mas tinham pouco conhecimento de perícia. O resultado é que havia muitos benefícios negados, mas muitos benefícios sem definição. Quer dizer, eram segurados que ficavam eternamente, tem 6, 7 anos de benefício sem nenhuma resolução, sem nenhuma conclusão e, passando por intermináveis perícias médicas. E isso acarretou realmente um acúmulo de exames, de demanda por perícia, não só dos que adentraram, daqueles de manutenção. E, agora, com a exclusão dos médicos credenciados e com concursos novos, com a chegada de novos peritos que já vem com um preparo maior de perícia, com o objetivo de fazer perícia previdenciária, eu acho que vai melhorar bastante. E o corte vem nessa

tentativa, realmente, de tentar solucionar um pouco essa, esse sufoco, essa demanda exagerada.” (Dr. Marcos)

Uma das modificações mais marcantes aconteceu no tocante à execução das consultas médicas periciais, quando ocorreu o descredenciamento de médicos com consultórios particulares, que serviam como rede de apoio aos postos do INSS, grupo significativo no Estado de São Paulo¹³. Além disso, foi introduzido o conceito de *alta programada* na história do afastamento dos segurados, sendo que os portadores de LER/DORT entrevistados neste estudo foram os primeiros a vivenciar essas mudanças. Os médicos peritos imprimiram suas concepções acerca desses novos aspectos, descredenciamento e alta programada em paralelismo, uma vez que foram implantados simultaneamente, como um pacote de medidas.

“ Aí precisaria ficar bem característico, bem claro o seguinte: primeiro que é uma opinião pessoal, eu acho que essa mudança foi feita por uma necessidade do Instituto de resolver alguns problemas de desvios, que tinham acontecido na perícia médica como um todo, primeira coisa. Segunda coisa, é extremamente inadequado falar em alta. O perito não dá alta pra ninguém, quem dá alta é o médico assistencialista. Nós definimos um tempo provável de incapacidade. Então o que é que mudou, mudou que o benefício passou a ter um tempo determinado, ninguém tá falando em alta, então o indivíduo vem; antes ele vinha com o braço quebrado, eu estimava tá, pelo relatório, pelo tipo da fratura, pela experiência, pelo que ele faz no trabalho

¹³ O número de médicos peritos em atuação pelo INSS no período da investigação e o montante de médicos descredenciados não foi disponibilizado pelo INSS/SP.

dele, que ele precisaria de 60 dias pra tá bom. Eu concedia pra ele 60 dias, e depois de 60 dias ele voltava, via-se se o braço tava bom ou não tava, se tava bom ele encerrava o benefício, se não tava bom ampliava-se o prazo. Que é que ta se fazendo agora, ta se dando um benefício por 60 dias e o indivíduo tem o direito de, se não tiver bom no fim dos 60 dias, solicitar um novo exame. Bom, o que é que se conseguiu com isso: uma diminuição enorme do número de perícias, então se criou espaço pra muita gente que ficava 40 dias esperando, fica 10, certo; enxugou um gasto enorme que o Instituto tinha porque, como tinha a figura do médico credenciado, que ganhava por perícia, então o indivíduo chegava com uma fratura de fêmur, grave, que todo mundo sabia que ia ficar 1 ano parado, que é que o médico fazia, dava 60 dias depois, deva mais 60 dias e mais 60 dias... então ele fazia 5 perícias, ganhava 5 vezes e isso está sendo resolvido com 1 perícia. Então não só era um gasto para o Instituto como ocupava cinco horários, num, vamos dizer, num local onde já estava superlotado. Agora, não tem nada a ver com alta, esse é outro mal entendido que, ou não foi bem esclarecido, ou têm um monte de gente que quer entender mal propositadamente. Então têm as duas coisas, enquanto tem o lado de querer entender mal. agora dentro de tudo, é como eu te disse, tem o bendito do “bom senso”, certo, tem o errar é humano né, e tem o “bom senso”, quer dizer então, eu acho que pode ter nexos, se vem o indivíduo com câncer de pulmão e dá um benefício de 120 dias, faltou ou conhecimento ou faltou “bom senso”, isso é ... certo. É, sim, (concordando comigo) pode recorrer, mas já não devia ter acontecido antes, certo. Isso já seria um caso, se é um

câncer de pulmão estabelecido, com anatomopatológico, indivíduo... , teria que ter um limite definido de caso. Existem erros, errar é humano.” (Dr. Sandro).

“ E, obriga o médico perito a ter mais conclusões porque, realmente, uma patologia, você, a maioria das vezes você sabe dizer se ela é uma patologia aguda, se ela é uma patologia crônica e se é crônica ela está incapaz pela agudização ou não. E, determina quanto tempo é possível dele se recuperar, ou não, é possível você detectar, por exemplo, um caso de LER onde existe um acometimento difuso, com seqüelas irreversíveis, você não precisa dar 1 mês, 2 meses, 3 meses, de prazo, você pode definir um benefício de 2 anos ou até indefinido numa situação.” (Dr. Marcos).

Na direção de alicerçar o estabelecimento donexo causal sobre bases sólidas de clareza e justiça em sua determinação, no momento da pesquisa o conceito de *nexo epidemiológico* emergiu junto à estrutura de concessão de benefícios do INSS, fruto de debates entre órgão competentes (DRT, Centros de Referência em Saúde do Trabalhador e sindicatos). Na época da pesquisa, ainda em formação, recebeu apoio dos entrevistados por apresentar vantagens ao INSS, e facilitar sua atuação na consulta pericial; em suas falas o conceito de *nexo epidemiológico* foi explicado.

“O nexo epidemiológico é uma outra tentativa onde você procura, agora, voltar para a empresa à necessidade de combate. Porque antes, quando você negava o nexo ao trabalhador, era o trabalhador que tinha que

justificar. Agora, epidemiologicamente, se ele já trabalha numa atividade de risco e tem aquela patologia que é comum naquela atividade, estabelece o nexo. Também, eu acho que é uma, uma avaliação que tem o seu valor. Agora, se a empresa dava condições de trabalho mais dignas, evitava aquelas complicações, seguia os procedimentos normais para evitar a LER, essa empresa agora tem que provar que ela fazia isso. Quer dizer, eu acho que transferiu o ônus da... é pro outro lado. Eu acho que ganhou o lado mais fraco. É vantagem nesse aspecto para o trabalhador. Isso em relação ao nexo, em relação à capacidade ou não laborativa continua sendo do mesmo jeito.” (Dr. Marcos)

“Agora, para a Previdência eu acho até mais interessante o nexo epidemiológico, porque ela vai conseguir, vai até aumentar a base arrecadatória porque havendo uma incidência maior de estabelecimento de nexo, mesmo que ele seja epidemiológico, a Previdência vai poder receber um valor maior das empresas que estão propiciando o aparecimento de doenças relacionadas com o trabalho, doenças profissionais.” (Dr. João)

“E, a última coisa que eu colocaria, é um reforço, na minha opinião, que eu acho, em relação a LER/DORT especificamente, em relação ao acidente de trabalho como um todo, o nexo, eu acho que não tem nada a ver com perícia médica, eu acho que a perícia deveria se resumir em verificar a incapacidade, o nexo, eu acho que não tem nada a ver com Instituto Nacional de Seguridade Social. (O nexo é com a empresa...) O nexo é com

a empresa, com o Ministério do Trabalho, é com a Medicina do Trabalho especificamente, é uma questão de uma briga entre o sindicato e a empresa, o INSS é uma seguradora que indeniza a incapacidade. E, por motivos que eu não sei quais, por interesses que eu sei menos ainda quais são, fica no meio, tipo assim, levando trabalho dos dois lados. Eu acho que não é, de jeito nenhum, uma função da perícia do INSS.” Dr. Sandro).

10. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os sujeitos desta pesquisa representaram indivíduos “especiais” porque os médicos peritos do INSS/SP, que aceitaram participar das entrevistas, encontravam-se em cargos de auditoria na instituição, e possuíam experiência superior há 20 anos. Os trabalhadores portadores de LER/DORT, no momento da coleta de dados, haviam concluído o Programa de Tratamento e Reabilitação no CEREST/SP, serviço de referência nacional em saúde do trabalhador e, por isso, possuíam instrumentalização diferenciada sobre sua doença, quando comparados a outros portadores de LER/DORT.

O contato e as entrevistas com os trabalhadores portadores de LER/DORT aconteceram nas instalações do CEREST/SP, ambiente conhecido por eles e pela pesquisadora, fator que permitiu o livre desenvolvimento dos trabalhos. Se por um lado, o contato prévio com esses sujeitos e com o campo de coleta de dados representou fator facilitador da execução da pesquisa, por outro, impôs o desafio da aquisição de um novo olhar sobre problemáticas anteriormente incorporadas, ou seja, uma visão mais ampla sobre o objeto de estudo, para além de ideologias do serviço de atuação profissional e, ainda, o exercício da imparcialidade durante a condução das entrevistas, que poderiam ser influenciadas pela experiência do vínculo terapêutico que, no passado, se estabeleceu entre entrevistador e entrevistado.

Os portadores de LER/DORT constituíram um grupo de cinco mulheres e um homem, tinham idades entre 30 e 55 anos (faixas etárias produtivas em relação ao mercado de trabalho), desempenhavam atividades no setor de serviços e possuíam diferentes graus de escolaridade, desde o fundamental incompleto até a graduação universitária. Essa realidade reflete o perfil da demanda atendida pelo PTR e estudada por Gutierre (2004) que, ao mesmo tempo, está em congruência com os achados de Neves (2006) sobre o perfil de adoecimento relativo às LER/DORT.

Os portadores de LER/DORT identificaram fatores causais da doença nos ambientes de trabalho em que desempenhavam suas atividades laborativas, tanto físicos quanto organizacionais. Apontaram o trabalho como responsável pelo adoecimento, mas da mesma forma, afirmaram que era fonte de prazer e realização pessoal. Uma das entrevistadas admitiu a idéia de retornar para posto de trabalho semelhante ao responsável pelo adoecimento, mesmo em presença das limitações físicas que havia adquirido. Para os demais, as opções consideradas eram a da aposentadoria ou de trabalhar de forma autônoma.

A história do acometimento pelas LER/DORT teve início com a percepção dos sintomas pelos trabalhadores, relacionada com a impossibilidade de executar sua função laborativas e, sua piora, levou a procura por tratamento médico assistencial. Nesse momento, relataram acreditar na possibilidade de cura imediata através do uso de medicação e outros tipos de abordagem, como a fisioterapia e o repouso. Encontraram médicos despreparados para lidar com a problemática do diagnóstico e

acompanhamento das LER/DORT, o que resultou em demora no afastamento e, conseqüentemente, agravamento do quadro. O manejo adequado da situação, que envolvia procedimentos de saúde e previdenciários, aconteceu quando procuraram serviço de saúde especializado na atenção ao trabalhador (Centros de Referência), ou médicos com essa formação.

O adoecimento pelas LER/DORT foi descrito como um evento negativo na vida desses sujeitos, que apontaram os impactos da morbidade, representada, principalmente, pela limitação física e suas conseqüências para o cotidiano, e, ainda, a cronicidade dos sintomas que exigia manutenção constante de cuidados de saúde e administração de medicação.

Diferentemente, as entrevistas com médicos peritos do INSS/SP representaram a entrada da pesquisadora em campo desconhecido, sobre o qual carregava a expectativa da rejeição. Esse pré-conceito foi refutado e, ao contrário, os médicos peritos mostraram grande interesse em participar da pesquisa. A dificuldade de transitar por esse campo residiu na inexperiência frente ao modo de operação desse subgrupo de sujeitos, associada ao curto período de tempo oferecido por eles, e pela instituição, para a apreensão de seus códigos e rotinas. Assim, algumas limitações foram impostas à coleta de dados nessa esfera, principalmente, as relativas à escolha dos indivíduos, o local e tempo das sessões de entrevista.

Foram entrevistados três médicos peritos do sexo masculino, com idades entre 50 e 65 anos, e tempo de carreira, junto ao INSS/SP, superior a

20 anos, dos quais 10 anos compreenderam a execução de perícias médicas; no momento da pesquisa encontravam-se em cargos de auditoria.

Os médicos evitaram responder perguntas relacionadas à vida pessoal, fato atribuído ao local de entrevista, seu ambiente de trabalho mas, também, a premissa de que essa classe profissional não expõem essa faceta. Descreveram, em detalhes, a trajetória que percorreram até integrar a equipe do INSS/SP, marcada pela transição entre dois momentos da medicina: *a medicina liberal* e *a medicina tecnológica empresarial*. O entrevistado com idade superior aos demais deixou claro que sua formação, e a orientação de sua prática, sofreram maior influência dos pressupostos da *medicina liberal* que a dos outros dois entrevistados. Na época de sua graduação, não era obrigatório o curso de residência médica e, em seus relatos, explicitou, em diversos momentos, o conflito interno entre o exercício da medicina através da normatização da prática, pelo cientificismo técnico e normas previdenciárias, em detrimento a autonomia e desempenho do papel social do médico. Para os outros dois entrevistados, a procura pela especialização ocorreu como encadeamento natural da formação e, o conjunto de suas falas, trouxe muitos elementos da *medicina tecnológica*, como, por exemplo, o exercício da medicina atrelada ao julgamento excessivamente padronizado das condutas. A opção pelo trabalho junto ao INSS/SP, para os três entrevistados, aconteceu em conseqüência do momento histórico de engrandecimento dessa instituição e, por isso, grande oferta de vagas somada a possibilidade de fazer carreira.

O significado de ser médico perito, para esses entrevistados, foi construído ao longo de sua carreira e, sobre o desempenho desse ofício, demonstraram orgulho e satisfação, pontuando aspectos diferentes, o entrevistado mais velho, a responsabilidade social do perito para com a sociedade e seus impasses; os outros dois sujeitos, a importância legal desse trabalho e os desafios que impõem ao médico.

Esses médicos peritos vivenciaram o advento das LER/DORT para a sociedade brasileira e, por conseguinte, para o INSS e, apontaram que esse grupo de patologias desafiava os médicos em exercício, da mesma forma que a instituição, por sua característica de provocar afastamentos prolongados frente a difícil avaliação clínica da condição do trabalhador. Entendiam que as LER/DORT, mais que uma questão previdenciária, representavam um problema das sociedades modernas, ainda sem solução.

A consulta médica representou o contexto de ocorrência do encontro simbólico entre os sujeitos de pesquisa. Em relação ao encontro, ele ocorreu efetivamente entre trabalhadores portadores de LER/DORT e médicos peritos do INSS/SP em algum ponto do passado, mas não de forma concreta entre os entrevistados desta pesquisa, por isso, aqui, foi discutido o universo simbólico de sua ocorrência, sem pareamento entre os sujeitos investigados.

Neste estudo, a consulta médica esteve representada através da situação de perícia médica previdenciária, ambiente peculiar para o estabelecimento da relação médico-paciente em que o médico está a serviço do Estado, representado através do INSS/SP, na execução da perícia sobre a capacidade para o trabalho e em postura de distanciamento da avaliação

assistencial do processo saúde-doença. Ao paciente, nesse caso representado na figura do trabalhador portador de LER/DORT, não é creditado conhecimento favorável a sua condição, que responde a critérios da legislação previdenciária.

Para os portadores de LER/DORT, foi possível dividir a experiência da consulta pericial em três momentos: *pré-consulta*, *consulta* e *pós-consulta*. A *pré-consulta* abarcou os eventos que antecederam o contato entre médico e paciente, para os portadores de LER/DORT, sendo apontado por eles o difícil contato com a equipe do INSS/SP, quanto ao atendimento para orientação e esclarecimento de dúvidas, ressaltando a desorganização da estrutura. Ainda, encontraram obstáculos para a correta categorização do benefício, pela instituição. A incerteza quanto ao local de realização das perícias, do médico que iria executá-las e o contato com a equipe do INSS/SP (atendentes, secretárias dos médicos, seguranças dos postos, atendimento telefônico), que obteve avaliação negativa, contribuíram para o aumento da tensão entre médico e paciente nos momentos que antecederam a consulta pericial.

A situação da consulta pericial, para esses sujeitos, representou julgamento sobre a existência da doença e, ao mesmo tempo, carregavam a expectativa de que os médicos peritos dispensariam a eles tratamento semelhante ao dos médicos assistências, que levariam em conta seu estado de saúde e suas queixas. Possuíam a expectativa do reconhecimento e identificação da doença pelo médico perito, a qual era marcada pelo estigma da invisibilidade e, então, não obtinha identificação dos outros indivíduos da

comunidade a que pertenciam (família, pessoas do trabalho, amigos, etc.). Na tentativa de alcançar tal reconhecimento, creditaram grande valor aos exames subsidiários, que continham algum tipo de achado objetivo sobre a doença.

Da vivência das perícias médicas, os entrevistados explicitaram em seus relatos a percepção de que o tratamento oferecido pelos peritos se diferenciava daquele dispensado pelos médicos assistenciais e, que conseguiam classificar os médicos peritos em dois grupos: “bons médicos” e “maus médicos”. Aos “bons médicos” esteve relacionado o conceito da validação da existência da doença referida pelo portador de LER/DORT, mesmo que o tratamento durante a consulta fosse caracterizado pelo distanciamento e pouco diálogo com o paciente. Os “maus médicos” foram identificados como aqueles que não “acreditaram” no adoecimento mesmo que o portador estivesse de posse de exames e laudos, e foram caracterizados como rudes durante a consulta, ou momento da anamnese, explicações para o paciente ou execução do exame físico.

O período de *pós-consulta* compreendeu o intervalo entre perícias, por manutenção do afastamento ou reabertura de CAT, após a alta. Apresentou como característica a procura/manutenção de tratamentos e, neste estudo, representou a chegada dos portadores de LER/DORT ao CEREST/SP e, a realização do PTR. De acordo com os entrevistados, a principal característica desse momento foi a incerteza acerca do futuro profissional e da evolução da doença. Os relatos indicaram que a tentativa

de retorno ao posto de trabalho foi frustrada pela demissão imediata e, por isso, explicitaram receio quanto isso.

A partir da análise temática dos conjuntos de relatos dos médicos peritos foi possível identificar a influência dos pressupostos da *medicina tecnológica* em sua atuação, ressaltando a afirmativa do julgamento médico norteado pelas regras institucionais e pelo cientificismo técnico, com o objetivo de alcançar uma neutralidade absoluta durante o momento da consulta. Além disso, os entrevistados ressaltaram que os procedimentos e resultados encontrados na consulta pericial deveriam se afastar de determinações de condutas de tratamento/cura do paciente e, deveriam estar exclusivamente orientadas para a avaliação da capacidade para o trabalho e definição da cobertura do seguro previdenciário, de acordo com os pressupostos do INSS.

Quando interrogados sobre as dificuldades e peculiaridades da execução de perícias de portadores de LER/DORT, levantaram como problemática principal seu protesto contra a responsabilidade do estabelecimento do nexos causal, atribuição que, segundo suas concepções, não deveria recair sobre o INSS já que a instituição em nada lucra com o tipo de benefício concedido e, essa determinação representava ponto de embate com os segurados, dependentes da nomenclatura do benefício para aquisição de certos direitos financeiros e legais.

Outra dificuldade destacada foi a avaliação das LER/DORT através do exame físico, exames subsidiários e escuta dos segurados durante a consulta de perícia médica. Os peritos explicaram que a ausência de

marcadores objetivos para a determinação das patologias que enquadram as LER/DORT, associada a entraves institucionais, como a impossibilidade de visitar o posto de trabalho dos segurados, torna a identificação dessas patologias, assim como sua relação com o trabalho, difícil e duvidosa, representando fator de conflito com o segurado em consulta.

Em decorrência da atribuição do estabelecimento do nexos causal e difícil avaliação da sintomatologia, o julgamento da consulta pericial dos portadores de LER/DORT aconteceu em ambiente de tensão, entre médico perito e paciente/segurado, permeado por um contexto de mercado de trabalho marcado pela dificuldade de emprego decorrente das limitações impostas pela doença. Os médicos explicaram que o distanciamento na relação de consulta com os portadores de LER/DORT, e o embasamento da conduta pelas regras da instituição, acabavam por representar fatores de proteção a juízos de valor ligados ao papel político do médico que, durante a arbitragem pericial, precisavam ser anulados para que um trabalho imparcial fosse realizado.

Por encontrarem-se os sujeitos de pesquisa, médicos peritos do INSS/SP e trabalhadores portadores de LER/DORT, em estratos sociais diferenciados, apresentaram concepções diversas sobre o objeto de investigação, as LER/DORT. Os portadores de LER/DORT trouxeram à pesquisa a riqueza das representações sociais da vivência da doença e seu impacto na (re)significação de suas existências enquanto sujeitos, relacionada a perda da capacidade funcional e da força de trabalho, assim como, de papéis sociais. Por isso, a doença foi concebida como um evento

totalmente negativo. Além disso, explicitaram o entendimento de que a perícia médica do INSS estava relacionada com a garantia de direitos previdenciários e legais e possuía poder decisório sobre seu futuro profissional.

Os médicos peritos apresentaram um universo simbólico inédito a respeito das LER/DORT, descrevendo os desafios que esse tipo de adoecimento impôs à prática das perícias. Seus relatos expuseram concepções acerca da consulta pericial relativas ao distanciamento entre médico e paciente. Essa postura está condicionada ao exercício de julgamentos nesse contexto de consulta médica, pautados no conhecimento técnico da medicina e da normatização da legislação previdenciária, sob pena de ofuscar o papel social do médico, centrado na autonomia de seu exercício profissional.

11. ANEXOS

ANEXO A - Roteiro de entrevista para trabalhadores portadores de LER/DORT do CEREST/SP (proposta inicial baseada em Gravina, 2000; Maeno, 2001 e Kose, 2005).

- 1- Identificação: nome, sexo, idade, estado civil e aspectos da vida pessoal;
- 2- Explique um pouco sobre sua doença osteomuscular: que regiões do corpo estão acometidas? Sinais e sintomas?
- 3- Quando começou a sentir esses sintomas? Trabalhava em que função? Procurou profissional de saúde? Que tipo de encaminhamento deu a seu tratamento? Relacionou com o trabalho? Os sintomas foram relacionados ao trabalho pelo profissional de saúde que o examinou?
- 4- Para você, o que são as LER/DORT? Como você explica a doença para as outras pessoas de seu convívio (família, amigos, colegas de trabalho, profissionais de saúde)? O que você pensa sobre o fato de muitos dizerem que se trata de uma “doença invisível?”?
- 5- Qual é sua situação ocupacional atual (empregado, desempregado, afastado. etc.)?
- 6- Quando foi seu primeiro contato com o INSS? Tem vínculo atual com o INSS? Qual o tipo de benefício?
- 7- Quantas vezes passou por perícia médica no tempo de afastamento? Descreva a situação de consulta com o médico perito previdenciário do INSS (desde o agendamento até a consulta propriamente dita).
- 8- Na sua opinião, como é a relação portadores de LER/DORT e INSS?

9- Na sua opinião, como é a relação portadores de LER/DORT e médicos peritos do INSS? Quais são seus facilitadores e seus entraves?

10- Outras observações.

ANEXO B - Roteiro de entrevista para médicos peritos previdenciários do INSS/SP

1- Identificação: nome, sexo, idade, especialidade médico, anos de profissão, anos de INSS, anos de perícia médica.

2- Explique as razões que o fizeram escolher a profissão de médico perito previdenciário do INSS?

3- Qual é sua rotina de trabalho no INSS (trabalha em posto do INSS, em consultório próprio, número de pacientes atendidos por período de trabalho, pressão por produtividade, etc.)?

4- Qual (ais) o (s) tipo (s) de adoecimentos que chegam a sua consulta com maior frequência?

4- Descreva uma situação de perícia médica a portadores de patologias músculo-esqueléticas?

5- Para você, o que são as LER/DORT?

6- É sabido que o diagnóstico médico das LER/DORT é de difícil execução por não constar acometimentos nos exames subsidiados, o que faz com que carreguem o estigma de invisibilidade. Além disso, os médicos peritos previdenciários devem avaliar caso a caso, baseando-se na anamnese imediata da situação de perícia, nos exames subsidiados e no relato do paciente. Qual a sua opinião sobre isso? Quais as dificuldades que encontra nesse processo?

7- Os médicos peritos recebem treinamento do INSS quando antes de assumir a função. Contudo, sabemos que a teoria se distancia em muito da

prática diária. Identifique dificuldades que encontra nessa associação: situação modelo, situação prática.

8- Explique com suas próprias palavras o mecanismo de concessão de benefícios. Quais as maiores dificuldades que encontra?

9- Na sua opinião, como é a relação portadores de LER/DORT e INSS?

10- Na sua opinião, como é a relação portadores de LER/DORT e médicos peritos do INSS? Quais são seus facilitadores e seus entraves?

11- Outras observações.

ANEXO C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Este termo de consentimento livre e esclarecido faz parte da pesquisa de dissertação de mestrado **“Os significados atribuídos as LER/DORT na relação médico-paciente: um estudo entre médicos peritos previdenciários do INSS e pacientes portadores de LER/DORT usuários do CEREST/SP”**. O objetivo desta pesquisa é conhecer mais profundamente o universo do adoecimento pelas LER/DORT e este termo de consentimento será entregue e deverá ser preenchido todos os participantes do estudo (pacientes portadores de LER/DORT usuários do CEREST/SP e a médicos peritos previdenciários do INSS).

Informamos que sua participação consistirá em uma entrevista conduzida pela aluna responsável pela pesquisa, Anna Carolina Arena Siqueira. Para facilitar o processo de apreensão das falas estas serão gravadas em fita cassete para posterior transcrição. Dessa forma, a coleta de dados não oferece qualquer tipo de risco a saúde.

Não será oferecida remuneração por sua colaboração nem benefícios em relação ao uso do serviço de saúde do trabalhador (no caso de paciente portador de LER/DORT do CEREST/SP). O mesmo se aplica aos médicos peritos previdenciários do INSS.

Os dados pessoais dos participantes (nome, endereço, estado civil, etc.) serão mantidos em regime de confidencialidade, ou seja, não poderão ser divulgados. Você poderá revogar o consentimento sobre o uso de sua entrevista nesta pesquisa a qualquer tempo

Agradecemos sua colaboração e nos colocamos a disposição para qualquer esclarecimento.

Anna Carolina Arena Siqueira

Márcia Thereza Couto

Falcão

Rua Cardoso de Almeida, 840, apt 311.

Av Dr. Arnaldo, 455 2º

andar, sala 2241

Perdizes Cep: 05013-001 - São Paulo - SP

Cerqueira César

01246-903 São Paulo, SP

Tel: 38621252

Tel: 3066 7094

Cel: 91351387

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

São Paulo, _____ de _____ de 200 ____ .

assinatura do sujeito da pesquisa

assinatura do pesquisador

ou responsável legal

(carimbo ou nome legível)

ANEXO D- APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA CAPESQ

12. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALENCAR, TM. *A vida crônica é novidade na aids: as transformações da aids aguda para a aids crônica sob o ponto de vista dos pacientes*. São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo; 2006.

ALMEIDA, MC, CODO, W (org.). *LER: diagnóstico, tratamento e prevenção*. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

ALMEIDA, N, ROUQUYAYOL, MZ. *Epidemiologia e saúde*. 5ª ed., São Paulo: Medsi, 1999.

BATISTA, RM, GARBIN, AC, NEVES, IR. Etiologia do senso comum: as lesões por esforços repetitivos na visão dos portadores. *Cadernos de Psicologia Social e Trabalho* (São Paulo). 1998,;1(1); 43-55.

CAPRARA, A, LINS, A. A Relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. *Cad. Saúde Pública* (Rio de Janeiro). 1999;15(3):647-54.

CAPRARA, A, RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciênc. saúde coletiva* (Rio de Janeiro). 2002; 9(1): 139-46.

CEREST/SP. *Relatório de Atividades apresentado em reunião técnico-administrativa*, outubro, 2004.

CHIESA, AM, GARBIN, AC, MULLER, LIMA, PSL, NEVES, IR. As repercussões emocionais das LER/DORT no cotidiano do trabalhador: a invisibilidade ameaçadora. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional* (São Paulo). 2002; 27:9-25.

COHN, A, ELIAS, PE. *Saúde no Brasil: políticas e organização dos serviços*. 5ª ed. São Paulo: Cortez, 2003.

COUTO, HA. *Novas perspectivas na abordagem preventiva das LER/DORT: o fenômeno LER/DORT no Brasil (natureza, determinantes e alternativas das organizações e dos demais atores sociais para lidar com a questão)*. Belo Horizonte: Faculdade de Ciências Econômicas da Universidade Federal de Minas Gerais; 2000.

DENZIN, N e LINCOLNY (Eds.). *Hand book of qualitative research*. London, Sage Publications, 1994.

DIAS, EC (org.). *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para serviços de saúde*. Ministério da Saúde (representação no Brasil da OPAS/OMS), colaboradores Idelberto Muniz et al, Brasília: MS, 2001.

DUARTE, R. Pesquisa qualitativa: reflexões sobre o trabalho de campo. *Cadernos de Pesquisa*. 2002; (115):139-154.

FERNANDES, JCL. Who Cares How Doctors and Patients Relate ? *Cad. Saúde Públ.* (Rio de Janeiro). 1993; 9 (1): 21-7.

GRAVINA, MH. *A dor e o sofrimento no trabalho: uma análise dos aspectos psicossociais relacionados ao desenvolvimento das LER (lesões por esforços repetitivos)*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP ; 2000.

GUTIERRE, AC. *Grupos de Trabalho Corporal inseridos em um Programa de Tratamento e Reabilitação para portadores de LER/DORT: Relato da experiência do CEREST/SP*. São Paulo: CEREST/SP; 2004.

HERZLICH, C. A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva* (São Paulo). 1991; 1(2): 23-36.

KOSE, JI. *A organização do trabalho de taquígrafos parlamentares: um estudo sobre o desenvolvimento das LER/DORT (Lesões por Esforços Repetitivos/ Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho)*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 2005.

MAENO, M. *Reinserção de trabalhadores com lesões por esforços repetitivos no mercado de trabalho*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP ; 2001.

MARTINS, H. Metodologia qualitativa de pesquisa. *Educação e Pesquisa* (São Paulo). 2004; 30(2): 289-300.

MARTINS, M. Aula na escola Politécnica de São Paulo no curso de especialização em ergonomia da Politécnica, 2004.

MENDES, R. *Patologia do trabalho: atualizada e ampliada*. 2ª ed., São Paulo: Atheneu, 2003.

MINAYO, MC. *O desafio do conhecimento*. 8ª ed., São Paulo: Hucitec, 2004.

Ministério da previdência social [on-line]. [citado 15 de setembro de 2006]. Disponível em <http://www.mpas.gov.br/02.asp>.

Ministério da Saúde. *3ª Confêrencia Nacional de Saúde do Trabalhador: 3ª CNTS: "trabalhar sim! Adoecer, não!"*: coletânea de textos/ Ministério da Saúde, Ministério do Trabalho e Emprego, Ministério da Previdência e Assistência Social; Brasília. Ministério da Saúde, 2005.

Ministério da saúde. *LER/DORT DILEMAS, POLÊMICAS E DÚVIDAS: série A. Normas e Manuais Técnicos*. 1ª ed. Brasília: Ministério da Saúde 2005.

NEVES, IR. LER: trabalho, exclusão, dor, sofrimento, relação de gênero. Um estudo com trabalhadoras atendida num serviço público de saúde. *Cad. De Saúde Pública*. 2006; 22 (6).

NERUDA,P.[online]. [citado 20 de outubro de 2006]. Disponível em <http://www.reflexaodevida.com.br/238morrelentamente.htm>.

RÉA-NETO, A. Raciocínio clínico – o processo de decisão diagnóstica e terapêutica. *Rev Ass Med Brasil (Curitiba)*. 1998;44(4): 301-11.

RAMAZZINI, B. *As doenças dos trabalhadores*. Trad. De R estrela, 2ª ed., São Paulo: Fundacentro,1999.

RUIZ, RC et al. *Um mundo sem LER é possível*. UITA, 2003.

SARTI, CA. A dor, o indivíduo e a cultura. *Saúde e Sociedade*. 2001; 10(1).

SCHRAIBER, LB. *O médico e seu trabalho*. São Paulo: Hucitec, 1993.

SCHRAIBER, LB. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. *Revista de Saúde Pública*. 1995a; 29 (01): 63-74.

SCHRAIBER, LB. O Trabalho Médico: Questões Acerca da Autonomia. *Cad.Saúde Públ.*(Rio de Janeiro). 1995b;11(1): 57-64.

SCHRAIBER, LB. Histórias de médicos: vida de trabalho entre a prática liberal e a medicina tecnológica. *História, ciências, saúde*. 1997a; 6(2).

SCHRAIBER, LB. No encontro da técnica com a Ética: o exercício de julgar e decidir no cotidiano do trabalho em Medicina. *Interface — Comunicação, Saúde, Educação*. 1997b;1(1).

- SETTIMI, MM, SILVESTRE, MP. *Lesões por esforços repetitivos (LER): um problema da sociedade brasileira*. In: CODO, W, ALMEIDA, MC, L.E.R. – *Lesões por Esforços Repetitivos*, 4^a ed.. Petrópolis, Editora Vozes, 1998.
- SATO, L. *A representação social do trabalho penoso*. In: Spink, Mary Jane. (Org.). *O conhecimento no cotidiano - as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo: Editora Brasiliense, 1993.
- Saúde Ocupacional e Segurança*. Homens que trabalharam para os que trabalham: Agrícola, Paracelsus, Ramazzini (São Paulo). 1970; 5 (1).
- SOAR FILHO, EJ. A interação médico-cliente. *Rev Ass Med Brasil* (Florianópolis). 1998; 44 (1): 35-42.
- TAKAHASHI, M.AB, VILELA, RA (Org.). *A saúde do trabalhador e saúde ambiental: cenário atual, experiências e perspectivas; textos e contribuições apresentadas na 1^a Conferência Regional da Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental de Piracicaba*. Piracicaba, 2003, 77-101.
- TURATO, ER. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*. 2005; 39 (3): 507-14.
- VERTHEIN, M.A, MINAYO – GOMEZ, C. A construção do “sujeito-doente” em LER. *Hist. Cienc. Saúde-Manguinhos*. 2000; 7 (2).
- WOOD, T. Fordismo, Taylorismo e Volvismo: os caminhos da indústria em busca do tempo perdido. *Revista de administração de empresas* (São Paulo). 1992; 32 (4): 6-18.

