

## A TRAJETÓRIA DO TRABALHADOR PORTADOR DE LER/DORT: AFINAL QUE CAMINHO É ESSE?

**Elaine Engel Nunes<sup>1</sup>**

**Jussara M. R. Mendes<sup>2</sup>**

A saúde, como questão humana, é uma problemática compartilhada por todas as camadas sociais, mas são as condições de vida e de trabalho que qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual pensam, sentem e agem as classes sociais e seus segmentos. Isso implica que para todos os grupos, mesmo que de forma específica e peculiar, a saúde e a doença compreendem uma complexa interação entre aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana (Minayo, 1998).

Neste contexto, a Saúde do Trabalhador é um conjunto de conhecimentos, que, juntamente com o trabalhador, através de suas experiências, estabelece uma nova forma de interpretar as relações entre saúde e trabalho, propondo uma nova prática de atuação à Saúde do Trabalhador. Este conceito também explicita um panorama geral de estudo dessas relações e expressa-se como modelo técnico de orientações para ações na área de atenção nessa área, desde a promoção, prevenção, cura, reabilitação, bem como, as ações de vigilância sanitária e epidemiológica (Nardi, 1997).

A Constituição de 1988 avançou no campo do trabalho e da saúde, tratando a saúde como questão de direito, sendo a saúde percebida, não apenas como ausência de doença, mas sim, como “resultante das condições de alimentação, educação, salário, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer e liberdade, acesso aos serviços de saúde”. A saúde adquire assim, status de direito social, e a Saúde do Trabalhador ultrapassa os limites com os quais vinha trabalhando, dentro dos conceitos de higiene e segurança do trabalho (Mendes, 1999).

Segundo a mesma autora, quando se pesquisa a temática Saúde do Trabalhador, deve-se estar atento a algumas especificidades desta área, marcada pelas profundas transformações no

---

<sup>1</sup> Assistente Social, Mestre em Serviço Social/PUCRS, Doutoranda em Serviço Social e pesquisadora do Núcleo de estudos e Pesquisas em Saúde e Trabalho.- NEST

<sup>2</sup> Assistente Social, Mestre em Serviço Social, Doutora em Serviço Social/PUCSP, Coordenadora do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Serviço Social/PUCRS e Coordenadora do Núcleo de estudos e Pesquisas em saúde e Trabalho.- NEST

cotidiano do trabalhador. Os impactos desse fenômeno estão presentes na dinâmica social como um todo através da economia globalizada, da flexibilização das relações de trabalho.

O trabalho contemporâneo é caracterizado pela introdução generalizada de tecnologia nos processos produtivos, pela reestruturação produtiva associado às novas formas de organização e gestão do trabalho. A insegurança, o desemprego, o fim de algumas funções, a criação de outras, somam-se a mudanças no ambiente de trabalho, e nos fatores organizacionais e psicológicos, como o excesso de jornada de trabalho, falta de intervalos apropriados, despreparo técnico para execução de tarefas, necessidade de trabalhadores mais qualificados, são fatores que contribuem para o “desgaste do trabalho”.

O significado que o trabalho tem, como atividade produtiva, é o que orienta e dá sentido ao modo como o trabalhador se inscreve no processo de trabalho por “vender” sua saúde ou não. O trabalho em si, não é nocivo e perigoso, entretanto, o que o torna nocivo é a forma pela qual ele é organizado pelo homem; dependendo das condições de trabalho, estas podem encurtar a vida ou matar os trabalhadores (Mendes,1995) .

A capacidade de trabalho está diretamente vinculada às condições de saúde, e estas, muitas vezes, dependem das condições de subsistência, que são determinadas histórica e socialmente (Possas,1989). Ter saúde suficiente ou mínima para o trabalho, é uma exigência principal do mercado, e só vende sua força de trabalho, quem tem “saúde suficiente” para executar o trabalho requerido. A produção não necessita de trabalhadores saudáveis, mas sim, de indivíduos que possam garantir a produtividade esperada. “O que importa não é saúde do trabalhador, mas a saúde necessária à produção” como enfatiza Ribeiro (1999).

Com a introdução da informática e com as alterações dos meios produtivos, ocorreram mudanças nas atividades industriais, propiciando um maior uso de movimentos repetitivos pelos trabalhadores, e/ou movimentos de força com membros superiores. Se, por um lado, a automação possibilitou a diminuição do esforço físico intenso, por outro lado, ela aumentou o trabalho repetitivo com a utilização do mesmo grupo muscular para a execução das atividades, sem o devido repouso necessário. Revela-se os sofrimentos mentais e o crescimento das doenças do trabalho como as LER/DORT, as doenças ditas psicossomáticas e as crônico-degenerativas.

Como característica da nova divisão do trabalho, via informatização, um antigo fenômeno da Medicina retorna, configurando-se uma nova epidemia industrial (Ferguson apud Mendes, 1995): são as Lesões por Esforços Repetitivos – LER -. Cabe ressaltar, que, “a LER enquanto

fenômeno de massa, surge a reboque das profundas transformações tecnológicas e culturais ocorridas nas últimas décadas” (do Rio, 1996, p. 94). E surge derrubando um mito, através de seu crescimento: o de que novas tecnologias acabariam com o trabalho manual, uma vez que os trabalhadores adoecem, justamente nas mãos, pelo excesso de trabalho.

No Brasil, a partir de 1986, as LER/DORT (Doença osteomuscular relacionada ao trabalho) assumem relevância crescente nas estatísticas, referentes à ocorrência de doenças profissionais, pelos seguintes aspectos: as inovações tecnológicas em nosso país foram absorvidas rapidamente, trazendo a intensa fragmentação e divisão de tarefas, expondo milhares de trabalhadores, dos mais diferentes ramos de produção, aos esforços repetitivos; ao surgimento abrupto dos casos, defronta-se com um sistema de saúde despreparado tanto no âmbito institucional como no profissional, através de exames e tratamentos inadequados (Mendes, 1995). Nos primeiros anos da década de 90, as LER/DORT tiveram um crescimento significativo, ultrapassando, em termos estatísticos, as doenças decorrentes dos ruídos e tornando-se a principal doença notificada à Previdência Social, mesmo diante da relutância dos peritos em considerá-la como uma doença do trabalho (Ribeiro, 1999) Ressalta-se, ainda que a ação dos trabalhadores no Brasil foi fator fundamental para o reconhecimento por parte da Previdência Social de doenças como, da tenossinovite como doença do trabalho (Mendes, 1995).

Além dessas características encontra-se, também, que esta patologia tem em comum o fato de poder ser estudada em diferentes fases clínicas, relacionadas com o diagnóstico, tratamento e medidas de prevenção, e estar presente em diferentes funções. Segundo Almeida (1995, p. 24) “estes níveis de diagnóstico, diferentes e embora interligados, são fundamentais para que se possa compreender a LER de forma global”. Esta doença é de difícil caracterização, pois não é possível quantificar com precisão a parcela de cada um em cada quadro clínico; por isso é qualificada como “doença invisível”, pelo fato dos pacientes portadores apresentarem poucas alterações nos exames clínicos.

## **METODOLOGIA**

O uso da abordagem qualitativa possibilitou a aproximação, o contato direto com os sujeitos do estudo, indispensável quando tem-se por objetivo conhecer as experiências sociais destes sujeitos. Este delineamento de pesquisa possibilita “*conhecer trajetórias de vida,*

*experiências sociais de sujeitos para se conhecerem suas histórias, muito mais do que descrever um objeto valores, crenças, costumes, significados, sentimentos e experiências”* (Martinelli, 1994, p. 15). Possibilitando, portanto, trabalhar com os fatos, com os significados deste fenômeno de forma a poder aprofundar a análise, tanto quanto possível, dando prioridade aos acontecimentos (acidente de trabalho, processo de recuperação e retorno ao trabalho) que repercutem diretamente na vida destes trabalhadores. Valendo-se da narrativa oral, buscou-se identificar os contornos reais deste complexo fenômeno, tendo como preocupação fundamental conhecer a trajetória percorrida pelos trabalhadores afastados do serviço, após o acidente do trabalho e ao retornar ao trabalho.

Os sujeitos da pesquisa foram identificados dentre os trabalhadores afastados do trabalho por LER/DORT, a partir das CATs (Comunicação de Acidente do Trabalho) catalogadas, à época, no banco de dados<sup>3</sup> do NEST<sup>4</sup>. De um total de 1.800 casos que compunham este banco de dados, a partir de casos notificadas a DRTE/RS pelo INSS, no ano de 1998, em dez casos foram constatados afastamentos de trabalho por LER/DORT. E destes dez casos foi possível realizar apenas seis entrevistas, uma vez que o preenchimento incorreto do campo do endereço, ou a mobilidade destas pessoas ao longo do tempo, não permitiu localizar-se os demais trabalhadores.

Para a coleta de dados utilizou-se entrevista não estruturada, com roteiro norteador, pois, segundo Minayo (1998) este visa apreender o ponto de vista dos atores sociais, e objetiva também ser facilitador da comunicação entre entrevistado e pesquisador. As entrevistas foram realizadas através de visitas domiciliares, utilizando-se dois tipos de procedimentos: marcação prévia (via telefone) e a “visita surpresa”, naqueles casos em que não se tinha possibilidade de agendá-las. Em dois casos, após a constatação da incorreção do endereço, foi necessário realizar contato com a empresa emissora da CAT; e somente após este procedimento, foi possível agendar a entrevista.

O tratamento das informações obtidas através das entrevistas deu-se através do Método de Sistematização da Prática, da autora Gagneten (1987), que permite detectar contradições, analisar opostos e visualizar aspectos primários e secundários da contradição. Este processo divide-se em cinco fases: após uma leitura cuidadosa das entrevistas, sublinham-se as entrevistas com base em três critérios centrais: Reiteração (aquilo que se repete dentro de uma mesma entrevista e na

---

<sup>3</sup> Banco de dados da pesquisa: “A construção social da invisibilidade dos acidentes de trabalho do Rio Grande do Sul

<sup>4</sup> Núcleo de Estudos e Pesquisas em Saúde e Trabalho FSS/PUCRS.

relação com as outras); Ressonância: (aquilo que aparece de mais importante para o pesquisador, sendo afim com o tema tratado no estudo) e Estratégia (falas constantes nas entrevistas ou situações que indicam novas propostas de ação). Logo após, realiza-se a transcrição desordenada dos fragmentos de frases grifadas, e posteriormente realiza-se a ordenação dos fragmentos em categorias empíricas, de acordo com a temática a que se referem, e por fim, efetiva-se a interpretação dos resultados que surgem da análise.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em verdade pode-se constatar nas histórias contadas pelos sujeitos, as perversas conseqüências de doenças. Basicamente são seis histórias idênticas em muitos aspectos: excesso diário de trabalho, exercício da atividade com dor, negação da doença e do afastamento, medo do estigma da doença, medo do não reconhecimento da doença por parte dos médicos (do trabalho e dos peritos), queixas quanto ao atendimento dispensado pela perícia em si, e principalmente o desrespeito dos peritos em relação ao trabalhador e a sua saúde. Além disso, o aspecto burocrático é fortemente presente, dificultando a mobilização do trabalhador na busca de seus direitos e de solução para seu problema e.

Porém, ao mesmo tempo, essas histórias diferem entre si, pois são trajetórias de vida oriundas de diferentes profissões que se constituem, em sua maioria, a representação de um trabalho repetitivo, fazendo com que as LER/DORT sejam um ponto em comum, em que a forma de adoecimento se expressa coletivamente, sendo revelador das contradições existentes no mundo do trabalho. Mudam-se as exigências do trabalho com o surgimento de máquinas automatizadas – onde os esforços passam a ser mais leves, contínuos e rotineiros, dando a impressão de serem inócuos, todavia exigindo do trabalhador atenção total; o que o leva a expor-se à rotina e à pressão constante em busca da produtividade.

Dificuldades, impotência diante de tantos obstáculos impostos pela burocracia previdenciária, pela negligência encontrada nos diferentes recursos públicos e privados buscados, pelo dilema ético instaurado na interrelação médico-paciente-empresa, pelos estigmas gestados pelo adoecer, que, em última instância, criam diferentes formas de expressão da resistência do próprio trabalhador para tratar-se, como o convívio diário com a dor e com as adversas condições de trabalho que lhes são impostas nesse contexto

Observa-se, ainda, que as dificuldades encontradas são frutos de um sistema que, podemos imaginar, é, na realidade, apenas supostamente constituído para auxiliar o trabalhador, pois as principais dificuldades observadas a partir dos depoimentos, são o reconhecimento da doença como decorrente de seu trabalho, e que conduzem o trabalhador por um caminho tortuoso, onde ele depara-se com situações de humilhação, desrespeito e lutas, não restando senão, muitas vezes, recorrer ao sindicato para garantir seus direitos, e nesses casos, o direito essencial é o de afastar-se por uma doença do trabalho, é ter o direito de poder parar de trabalhar.

Especificamente, entre os resultados mais significativos, todos os entrevistados reclamaram quanto ao que lhes pareceu descaso e mal atendimento, tanto pelos atendentes, quanto pelos peritos do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS). Este fato assume maiores proporções se considerarmos, por exemplo, que o INSS tem por objetivo amparar o trabalhador contribuinte, quando este, por motivo de doença ou acidente, tem cessada sua capacidade laborativa<sup>5</sup>. Já aí encontra-se uma das principais interfaces constante desta rede de atenção ao trabalhador portador da chamada “doença invisível”. Quando se vê diante do médico perito, responsável legal para avaliar a sua capacidade laborativa, suas condições de saúde, o trabalhador depara-se com uma cultura institucional. E aí não podemos deixar de considerar o que está presente nesta atitude: a lógica de que esta doença é tida como sinônimo de vagabundagem, em que a culpa pelo adoecimento, é sempre do trabalhador (Nardi, 1999).

Socialmente há um discurso médico que, de certa forma, representa o pensar da sociedade, no qual, conforme Oliveira (1991), é construída a noção de que o acidente, na maioria das vezes, é provocado pelo trabalhador. E é dentro deste pensamento que o perito se insere, pois, muitas vezes, o discurso médico e institucional tem, como princípio, colocar em dúvida o sofrimento do paciente, como também, tem por função legitimar uma situação de submissão do trabalhador. Constata-se a existência de uma cultura institucional em que ao perito não cabe explicar ao “segurado” sua decisão, partindo do princípio de que o trabalhador não entenderá, por não ter conhecimentos específicos, como também, de que quanto mais explicar, mais surgirão argumentos para contestar sua decisão (Nardi, 1999).

O que identifica-se é de que existe uma suspeita de que a doença é simulada, e a partir desse pensamento, surge a idéia do trabalhador como causador do adoecimento profissional,

---

<sup>5</sup> Incapacidade laborativa é a impossibilidade de desempenho das funções específicas de uma atividade (ou ocupação) em consequência de alterações morfofisiológicas provocadas por doença ou acidente. (BRASIL, 1993)

culpado pelo adoecer, o que, por outro lado, faz emergir um sentimento de vergonha no portador da doença. Estes aspectos apontados em um dos pontos básicos desta rede de atenção não deixam dúvidas da necessidade e relevância deste estudo. É importante ressaltar esta via crucis do trabalhador: um momento particularmente sofrido, para eles, é quando são obrigados a chegar de madrugada ao Instituto, enfrentando grandes filas, e depois disso também são levados a esperar pacientemente para enfrentar um atendimento permeado pela pouca atenção a suas queixas, à sua história. A burocracia é identificada por um “*empurra prá um e prá outro*” (expressão usada por uma entrevistada), que exemplifica uma trajetória marcada por uma via-crucis de muitas idas e vindas, sem contudo, em algumas vezes, conseguir solucionar ou encaminhar seus problemas. O sentimento presente é de desamparo e de julgamento.

Outro resultado também relevante foi quanto as CATs, desses seis entrevistados: o diagnóstico inicial do afastamento por LER/DORT foi confirmado somente em três casos. Questiona-se se esta frequência da modificação do diagnóstico inicial repete-se também com outras patologias. Tal hipótese deve ser pesquisada na continuidade desta pesquisa.

O Serviço Social insere-se neste contexto, quando, na abordagem interdisciplinar que é imprescindível para dar conta da complexidade que envolve os campos de saúde e trabalho, pode prestar importante contribuição nas diferentes etapas do processo de atenção ao trabalhador, tão desamparados nessa trajetória percorrida do diagnóstico ao afastamento do trabalho por incapacidade laboral.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Maria Celeste G. C. Características emocionais determinantes da LER. In: CODO, Wanderley. **L.E.R.: Diagnóstico, tratamento e prevenção, uma abordagem interdisciplinar**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1995.
- BRASIL. **CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL**, DOU, 1988.
- BRASIL, Ministério da Previdência e Assistência Social. In: Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS. **Carta dos direitos dos segurados**. 4º ed. Brasília, 1993.
- GAGNETEN, Maria Mercedes. **Hacia una metodologia de sistematizacion de la practica**. Buenos Aires, Argentina: Humanitas, 1987.
- MENDES, Jussara Maria. **O Verso e o averso de uma história.: o acidente e a morte no trabalho**. Tese de Doutorado. Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUCSP/1999.

MENDES, René. **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995.

MARTINELLI, Maria Lúcia. O uso de abordagens qualitativas na pesquisa em Serviço Social, um instigante desafio. *Caderno do Núcleo de Estudos e Pesquisa sobre Identidade- NEPI*, São Paulo, n.1, 1994.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. 5ª ed., São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO 1998.

NARDI, Henrique Caetano. **Saúde, Trabalho e Discurso Médico: a relação médico-paciente e o conflito capital-trabalho**. São Leopoldo: Unisinos, 1999.

\_\_\_\_\_. Saúde do Trabalhador. In: Cattani, Antônio David. (org.) **Trabalho e Tecnologia: dicionário crítico**. 2º ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1997.

RIBEIRO, Herval Pina. **A violência oculta do trabalho: as lesões por esforços repetitivos**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

RIO, Rodrigo Pires do. **PCMSO- Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional.: Guia Prático**. Belo Horizonte, Health, 1996.

OLIVEIRA, Paulo Antonio Barros. **Cursos para membros da Comissão interna de Prevenção de Acidentes do Trabalho realizado em Porto Alegre: desvelamento de uma intencionalidade**. Dissertação de Mestrado. PUCRS, 1991.

POSSAS, Cristina. **Saúde e Trabalho: a crise da Previdência Social**. 2ª ed. São Paulo, HUCITEC: 1989.