

## Lesões por Esforços Repetitivos (LER): uma doença emblemática

Repetition Strain Injury (RSI):  
an emblematic illness

Herval Pina Ribeiro <sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> Setor de Saúde Ocupacional,  
Departamento de Saúde  
Ambiental, Faculdade  
de Saúde Pública,  
Universidade de São Paulo.  
Av. Dr. Arnaldo 715,  
São Paulo, SP  
01246-904, Brasil.

**Abstract** *Muscular-skeletal disorders of the upper limbs resulting from work involving repetition strain (RSI) are now the most frequent work-related diseases in early or late industrialized countries. The author maintains that in addition to being work-related diseases, RSIs are symbolic illnesses revealing the contradictions and social pathogenesis of the new cycle of development and crisis in capitalist production. Discussing the social and historical dimensions of this process, the author insists that the low efficacy of technical interventions by labor engineering, ergonomics, and clinical medicine in the prevention, early and adequate diagnosis, and treatment of such post-modern illnesses and the difficulty in rehabilitating and reincorporating such workers reflect precisely a broader determination of health and illness, since the appropriation, incorporation, and use of technological innovations and the new forms of work management are defined according to the exclusive interests of capital. Thus, a growing contingent of young workers (mainly females) from different labor categories are losing or under threat of losing their health and work capacity, two essential and closely linked public values. The solution to the SRI issue must be political and collective.*

**Key words** *Repetition Strain Injury; Occupational Health; Women's Health*

**Resumo** *As lesões ósteo-musculares dos membros superiores por esforços repetitivos atribuídas ao trabalho (LER) são hoje a mais freqüente das doenças do trabalho nos países precoce ou tardiamente industrializados. O autor sustenta que mais do que uma doença do trabalho, as LER são um modo de adoecimento emblemático, revelador das contradições e da patogenicidade social desse novo ciclo de desenvolvimento e crise do modo de produção capitalista. Discutindo essa dimensão social e histórica maior, insiste em que a baixa eficácia das intervenções técnicas no âmbito da engenharia, da ergonomia ou da Medicina para a prevenção, diagnóstico e tratamento adequados e precoces dessa doença da pós-modernidade e as dificuldades de reinserção dos adoecidos ou ex-adoecidos no trabalho refletem, justamente, essa determinação mais abrangente, externa ao trabalho senso estrito, porque a apropriação, a incorporação e uso das inovações tecnológicas e as novas formas de administração do trabalho se fazem no interesse exclusivo do capital. Com isso, um contingente cada vez maior de trabalhadores jovens, a maioria do gênero feminino, das mais diferentes categorias estão perdendo ou ameaçados de perder a saúde e a capacidade de trabalho, bens públicos essenciais e intimamente relacionados. A saída para resolver a questão LER deve ser política e coletiva.*

**Palavras-chave** *Lesões por Esforços Repetitivos; Doenças Ocupacionais; Saúde da Mulher*

## Introdução

As lesões pluri-tissulares dos membros superiores do aparelho locomotor, atribuídas aos esforços repetitivos do trabalho (LER), são um modo de adoecimento emblemático, revelador das contradições e patogenicidade desse novo ciclo de desenvolvimento e crise do modo de produção capitalista, que uns chamam de “capitalismo desorganizado” (Offe, 1990), outros, de “acumulação flexível” (Harvey, 1994) e alguns, de “terceira revolução tecnológica” ou industrial (Coutinho, 1992).

Seriam características do ciclo, entre outras: a concentração maior de capital financeiro, que operações nos mercados de capital fazem extremamente volátil; a flexibilidade da produção, com deslocamento da força de trabalho para o mercado informal; a exploração mais intensiva da mão de obra formalmente empregada; a incorporação acelerada da automação da produção; e novos padrões de consumo de bens materiais, artísticos, culturais, estéticos, etc, quase tão voláteis como o dinheiro, que imprimem e conformam comportamentos e valores muito diferentes dos ciclos ou *revoluções* anteriores (Harvey, 1994).

Não é aqui o momento nem o lugar para discutir a primazia da ciência e da tecnologia no desenvolvimento da sociedade, embora ordená-las assim, possa induzir a que se lhes debitem os efeitos perversos de sua apropriação privada e de sua incorporação e uso abusivos, como são exemplos, no campo do trabalho, o desemprego, subemprego e a informalidade crescente das relações de trabalho e, no campo da saúde, as LER. Enfim, não creditemos ou debitemos ao conhecimento e às máquinas, os problemas humanos velhos ou novos.

O explosivo crescimento das LER, em todo o mundo industrializado e capitalista, está ajudando a derrubar o mito de um mundo sem trabalho, como resultado da automação fabril e dos serviços, posto que, ironicamente, se está adoecendo justamente das mãos, por excesso de trabalho.

Hoje, se consome muito menos massa de horas de trabalho para produzir os mesmos tipos e volumes de produtos que no final do século XIX, ou seja, se produz muitas centenas de vezes mais do que se produzia há um século, com um dispêndio proporcionalmente muito menor de energia e trabalho humanos (Landes, 1994). A causa mais aparente do fenômeno é a incorporação crescente das tecnologias de automação que, em determinados períodos da história, tem sido tão rápida e simultânea, em vários ramos estratégicos da produção, colo-

cando a produtividade em patamares tão mais elevados que sugere a ocorrência de verdadeiras revoluções. Sob essa ótica, estritamente tecnológica, o capitalismo industrial, nos países centrais, teria passado por uma *segunda revolução*, entre 1870/1890 e agora estaria vivenciando uma *terceira*, iniciada nos anos cinquenta e acelerada nos anos setenta do presente século. *Revoluções* que, com atraso, se dobram para os países periféricos (Cardoso de Mello, 1992).

O aumento extraordinário da produtividade industrial se deveu ao crescimento do “trabalho morto” executado pelas máquinas, sempre o acompanhando novas formas organizacionais e administrativas que elevam a intensidade do trabalho, quando não a extensão da jornada, ou seja, aumentando a exploração do “trabalho vivo”, dentro da lógica e necessidade incessantes do capital se multiplicar (Marx, 1975).

Não é, portanto, de estranhar, apesar do crescimento fantástico da produção e da produtividade, em todos os setores da economia, que a jornada de trabalho, que na segunda década do século tinha a duração de oito horas, passados oitenta anos, não haja diminuído na maioria dos países, sem contar as habituais horas extras, até no mais industrializado deles, os Estados Unidos (Navarro, 1995).

## Evolução histórica

É muito antigo o conhecimento que mesmo o trabalho leve, em ofícios ou profissões sedentárias, causa lesões ósteo-musculares. Em 1700, Ramazzini (1971) já descrevera o sofrimento dos artesãos escriturários, sinalizando a leveza e repetitividade do esforço, a sobrecarga estática das estruturas dos membros superiores e a atenção e tensão exigidas. As causas imediatas e os sintomas que ele descreve são muito semelhantes aos apresentados pelos escriturários modernos, mas há muitas diferenças sociais entre o modo de adoecimento dos escribas de Ramazzini e o da sociedade de escribas que acabamos nos tornando (Braverman, 1981).

Talvez, a mais significativa das diferenças, é das LER terem sido um modo bem mais raro de adoecer, posto que, antes do século XIX, a escrita como trabalho era uma atividade de um número bem pequeno de pessoas. No primeiro ciclo da revolução industrial (1770/1870), o caráter *ocupacional* restrito, tanto da escrita como das LER, permaneceu, mesmo quando em 1830, a pena de ave foi substituída pela *pena* de aço, tornando mais veloz o trabalho de escrever e mais freqüentes os casos da doença, com

a expansão desse antigo ofício tornado tarefa, agora para a categoria de escriturários remunerados por horas/trabalho. Após 1870, com o desenvolvimento e expansão do telégrafo, uma nova categoria, a dos telegrafistas, passou a apresentar LER. No caso, o objeto do trabalho não mais era a pena, mas o teclado (Dembe, 1995). Tipos de esforços parecidos vieram a vitimar, de modo semelhante, duas outras novas categorias de trabalhadores assalariados, a dos mecanógrafos/datilógrafos e a dos telefonistas. Desde 1918, na Suíça, os trabalhadores dessas duas categorias, que adoeciam de LER eram indenizados pelos empregadores (Baader, 1960).

O trabalho mecânico, cada vez mais automatizado, progressivamente, passou a exigir maior destreza das mãos, fazendo-se acompanhar da expansão e frequência mais elevada de casos de LER, ainda assim, circunscritos a algumas categorias. Após a metade do presente século esse caráter e exigência do trabalho se fizeram universais, invadindo literalmente todas as atividades econômicas e sujeitando todas as categorias. Em nível de tecnologia, o que marca essa inflexão é a acelerada automação dos processos de produção, não mais mecânica, mas eletro-eletrônica, simbolizada pelos *robôs* e computadores. No mesmo passo, as LER deixaram de ser um modo de adoecimento de umas poucas categorias de trabalhadores, para ser de todas e a ocorrer tão frequentemente que se tornaram um grave problema do trabalho, social e de saúde pública.

O Japão, que mais precoce e velozmente avançou em termos de automação e racionalização do trabalho, foi o primeiro a se dar conta da gravidade da situação, no final da década de cinqüenta. Os que historiam a evolução dos distúrbios cervico-braquiais de natureza ocupacional (*OCD*), nome da doença no país, afirmam que sua expansão se deveu à elevada sobrecarga do trabalho intensivo e em alta velocidade, exigida por máquinas operadas manualmente, jornadas longas de trabalho contínuo, aumento individual das tarefas que requeriam movimentação exagerada dos dedos e dos outros segmentos dos membros superiores, empobrecimento do conteúdo do trabalho, controle rígido das chefias e redução do repouso e do lazer. Segundo eles, de 1, 6 milhão de trabalhadores, 10 %, em média, eram sintomáticos. A maior prevalência (21%) foi encontrada em trabalhadores da linha de montagem. A terceira categoria mais atingida, com uma prevalência de 9% foi a de escriturários (Nakaseko et al., 1982).

No rastro da acelerada incorporação das novas tecnologias de automação, sempre asso-

ciada às novas formas de organizar o trabalho, as LER ganharam os países industrializados, com os nomes de *cumulative trauma disorders (CTD)*, *repetitive strain injury (RSI)*, *occupational overuse syndrome (OOS)*, *occupational cervicobrachial disorders (OCD)* e *lésions attribuibles au travail répétitif (LATR)*, respectivamente nos Estados Unidos, Austrália, Alemanha e países escandinavos e Canadá (Kuorinka et al., 1995).

No início dos anos 80, as LER aportaram no Brasil, com as características de uma doença do trabalho, surpreendida inicialmente em bancários que trabalhavam como digitadores em um centro de processamento de dados de um banco estatal (Rocha, 1989). Logo, elas passaram a ser diagnosticadas em outros centros de processamento, em escriturários/caixa de bancos, à medida que a automação chegava à periferia do sistema financeiro, e a aparecer nas indústrias – metalúrgica, química e, principalmente, na linha de montagem eletro-eletrônica –, em caixas de supermercados, embaladores, etc, tornando-se, na década de 90, junto à surdez, as doenças do trabalho mais notificadas ao INSS e as que mais demandam aos serviços de saúde do trabalhador (Nusat, 1993).

### Determinação e causalidade

Entre as significativas mudanças ocorridas com o “trabalho vivo” no atual ciclo de desenvolvimento do modo de produção capitalista, está a redução do uso da força muscular bruta, cujo dispêndio energético medido em calorias e fundamentado na fisiologia alemã do fim do século XIX, servia para estabelecer a remuneração do trabalho (Ribeiro, 1968; Ribeiro & Lacz, 1985).

Agora, o esforço físico exigido pela automação é de outra natureza, ainda que continue comprometendo, de muitas maneiras, as várias estruturas músculo-esqueléticas dos membros superiores. É um esforço leve, por isso, capaz de ser repetido em alta velocidade pelas mãos e dedos, ao mesmo tempo que cobra uma postura e sobrecarga estáticas dos segmentos restantes. Em uma jornada de trabalho, o gasto calórico é mínimo, apesar do uso excessivo de músculos e tendões atuar como micro-traumas cumulativos, ao longo do tempo, justificando as expressões *occupational overuse syndrome* dos australianos ou *cumulative trauma disorders* dos norte-americanos.

A presença desses componentes que integram a materialidade do processo de trabalho atual e de outros, menos visíveis, que com-

põem sua organização, e a ocorrência concomitante e crescente de LER, fizeram-nas reconhecidas, em todo o mundo, como doenças associadas ao trabalho, numa relação de causa e efeito positiva e clássica. Kuorinka, Forcier & col. (1995), admitindo haver tomado como referência o modelo de Leavell & Clark (1976), explicam que seu modelo repousa “*sobre dois aspectos essenciais: que todos os elementos estejam ligados entre si, ensejando reações em cadeia; desse modo, qualquer modificação de um elemento, cria um novo estado que serve de base a um novo ciclo. Além disso, os fatores de ordem organizacional e psicossocial são também considerados, ou tendo influência sobre os outros – por exemplo, a organização do trabalho sobre a carga mecânica – ou tendo influências mais particulares, por exemplo, sobre o plano do mecanismo do estresse*”.

O modelo, continuam, foi construído a partir de três grupos de elementos: os designados fisiopatológicos ou individuais, correspondendo ao *hospedeiro*, os fatores de risco gerais, concernentes ao *agente*, no caso o processo de trabalho em si e o meio do trabalho ou *ambiental* (Leavell & Clark, 1976). Não obstante considerarem importantes os *fatores externos*, os autores admitem não os ter levado em conta (Kuorinka & Forcier, 1995).

Apesar da interatividade dos fatores, o modelo de Kuorinka, Forcier & col. (1995) continua sendo, conceitualmente, de multi-causalidade linear, onde a doença é uma entre as possíveis resultantes. É, também, centrado na internalidade do trabalho e nas reações biológicas do trabalhador, como se trabalho e trabalhador pudessem ser despojados de sua condição histórica e social, e as relações de produção e trabalho que mantêm fossem atemporais.

A teoria da multi-causalidade tem sido de extrema valia para a consolidação da medicina contemporânea, alicerçada nos primados do positivismo. É útil ao médico, quando em sua prática singular com o doente, busca associar males e causas para estabelecer o diagnóstico. Serve à pessoa, quando na situação, procura restabelecer sua saúde e assegurar prerrogativas trabalhistas, previdenciárias e de cidadão adoecido do trabalho, fazendo-o com base no direito moderno, igualmente positivista, que exige a comprovação da causalidade ou concausalidade do trabalho com a doença. Pode embasar algumas intervenções técnicas sobre as condições, ambientes e, até, sobre a organização e relações de trabalho, com alguma eficácia, sempre pontual. Enfim, a teoria da multi-causalidade é, sem qualquer dúvida, eficaz, conquanto limitada. Sua insuficiência para ex-

plicar essa ou qualquer doença não está no que ela, dentro da lógica formal, permite explicar, mas no que acaba ocultando.

Nossa hipótese é que existe uma *dimensão social*, mais abrangente, na determinação das LER, que contém as duas outras, habitualmente referidas como *fatores*. Uma, a internalidade do processo e organização do trabalho, que chamaria de *dimensão do trabalho*, e outra, do modo de cada um sentir e refletir o mundo, que designaria de *dimensão individual*. Diria ainda que essas três dimensões são *indissociáveis*.

### O campo de observação: os bancos

Até o explosivo aparecimento das LER, os bancários, enquanto categoria estavam livres de serem vítimas de uma doença tipificada como do trabalho, tão comum entre os trabalhadores industriais. A associação das LER com a automação é, portanto, iniludível.

Embora esteja pesquisando a doença em vários bancos, os dados quantitativos e qualitativos sobre os quais vou basear a discussão daqui por diante, por muitas razões, referem-se a um banco estatal, que até o final de 1994, contava com 34.795 trabalhadores.

Aplicamos 525 questionários na população de 1223 adoecidos, conhecida até junho de 1994. Os dados quantitativos e a análise desses questionários foram publicados em uma revista de circulação interna, distribuída, principalmente, entre eles (Ribeiro, 1995). Embora vá me referir a alguns desses dados quantitativos, vou me prender mais aos 345 depoimentos que continuam.

Chamava a atenção na amostra, o fato de 95 % dos adoecidos se situarem na hierarquia inferior da empresa, a quase totalidade (85%) na função de escriturário/caixa. Para essa população mais sujeita a adoecer, constituída de 23.000 trabalhadores, 55% eram do gênero feminino. Dos 1223 casos conhecidos de LER, 79% eram mulheres. Na amostra, esse percentual foi um pouco maior (83%). Todos tinham menos de 50 anos, 25% entre 40 e 50 anos, 56% entre 30 e 39 anos e 19% abaixo de 30 anos. O tempo médio de trabalho bancário dos adoecidos da amostra foi de 12 anos. Nesse banco, 337 adoecidos referiam conhecer mais de dois colegas de trabalho que tinha sintomas e se recusavam a procurar o médico. Somados, esses suspeitos atingiam o número de 960. O tempo médio entre os primeiros sintomas e a ida ao médico foi de onze meses na amostra, e o tempo médio de afastamento do trabalho foi de 336 dias.

Como se observa, as LER são uma doença que vitima trabalhadores relativamente jovens e em plena fase produtiva, a grande maioria do gênero feminino, situados na hierarquia inferior do banco e sujeitos a esse tipo de trabalho por um tempo longo, a quase totalidade dos casos havendo ocorrido depois de 1990.

Muitas das questões suscitadas com esses e outros dados dos questionários puderam ser melhor entendidas, graças aos 345 depoimentos espontâneos que continham e dos quais nos valeremos para a discussão a seguir.

## Discussão

Como explicar, ao longo desses anos, o crescimento do número de casos das LER, sem que a empresa, seu sistema de controle de engenharia de segurança e medicina do trabalho, sua caixa de assistência médica com sua rede de médicos credenciados e o INSS tenham lhes dado a merecida importância ?

Um dos depoentes formula a hipótese de que há por parte de empresa uma *ignorância* real, sem dar à expressão qualquer sentido pejorativo, simples desconhecimento de diretores, gerentes e administradores, sobre o que estaria acontecendo com a saúde dos seus subordinados. Esse desconhecimento não se inscreve, de hábito, nos anais das empresas modernas que construíram, sabe-se, sistemas de controle e informações bastante eficazes, assentados na automação. Em termos organizacionais, nenhuma desinformação ou desconhecimento é inocente, mas parte de uma política. No caso desse banco, de extensão nacional, com centenas de agências, a desinformação tem conteúdos e nuances diferentes nos diversos locais e níveis hierárquicos.

Os diretores seriam *pouco informados* e sentem menos responsáveis porque distanciados do local onde os que realizam o trabalho concreto, os trabalhadores do nível hierárquico inferior, adoecem. Ignoram a ocorrência dos fatos cotidianos, fora de sua alçada imediata. Para eles, trabalhadores adoecidos ou não são uma abstração. Ouvem, cada vez com maior frequência, falar de LER, mas essas ou qualquer outras doenças de trabalhadores, são uma abstração ainda maior. Podem argumentar que a administração superior tem outras atribuições, mais ligadas às missões e metas da empresa. Mas a partir de determinado momento, as LER fazem comprometer a capacidade de trabalho de um contingente crescente da força de trabalho e a ameaçar metas e objetivos. É aí que as LER passam à ordem do dia da direto-

ria, quando já transcorreram alguns anos e as marcas da doença se fizeram profundas e indeleveis. É precisamente dentro dessa ótica, de força de trabalho, que são vistos os empregados dessa ou de qualquer empresa. A percepção expressa de adoecidos sobre *a falta de tratamento humano* da diretoria faz, pois, sentido. O *desconhecimento* sobre os sentimentos dos subordinados, o trato e distrato das suas necessidades e problemas, fazem parte da desumanização das relações de trabalho, marcadas pela verticalidade e impessoalidade. Porém, para os adoecidos, os diretores não são culpados por seu adoecimento, mas por não resolverem os problemas que as LER trazem. O beneplácito da desinformação lhes é concedido, mas não o da omissão.

O comportamento dos diretores se reproduz no nível de macro-gerentes e diretores regionais, apesar da maior proximidade com os serviços locais, onde se realiza o trabalho concreto e o adoecimento acontece. Mas as informações dos níveis acima e abaixo são fragmentadas, restritas à sua área de atuação. A circunstância de se constituírem em poder intermediário, menor e pouco visível, os fazem mais protegidos de acusações e cobranças.

Tal proteção não têm os gerentes e administradores locais. São de todos os escalões superiores, o de menor poder, mas onde o poder se exerce sem disfarce. Sabem razoavelmente o que ocorre com seus subordinados e com a saúde deles, mas ignoram o que está fora de seu alcance visual dentro da empresa, com relação aos subordinados dos outros. São os mais expostos e, simultaneamente, os que têm obrigação e oportunidade de ver e sentir o cotidiano dos que realizam o trabalho concreto. Se não o fazem é porque estão despreparados ou por não querer.

Como diz um depoente, os casos de LER em sua agência são dois, portanto, *raros*, fazendo com que ele e o outro sejam considerados *estranhos*. Para a gerência e colegas, a presunção é de que o número de adoecidos no conjunto dos locais seja insignificante. Resta a impressão local. O silêncio da administração superior sobre a verdadeira dimensão do problema na empresa, corrobora para essa percepção fragmentada e equívoca das administrações locais, incapacitadas de ver esse adoecimento, novo para elas, como decorrência do trabalho e uma séria questão de saúde, encarando-a como um simples problema administrativo. E o fazem, como costumam fazer com outros casos e coisas, de várias maneiras, a mais comum, duvidando do subordinado queixoso que apresenta queda de produtividade e se ausenta, alegando

estar adoecido de uma doença que ninguém objetivamente vê e que o próprio, de início, negou a si e por um bom tempo ocultou.

O caminho mais fácil para o administrador é responsabilizar o subordinado adoecido, vendo no fato de adoecer, uma forma disfarçada de insubordinação. É um modo de invalidar suas queixas e necessidades, antecipando-se ao aparecimento de outros casos e queixas similares. Invalidar pessoas que têm sofrimento, sempre solitário, e que lidam com medos, ameaças e perdas, não é difícil. Mais fácil ainda se é mulher. Vai da insinuação pouco sutil de estar ou ser *nervosa*, ao xingamento escrachado de estar *louca*. As LER são ditas manifestações *psicológicas*, significando uma debilidade intrínseca do adoecido, logo sua auto-culpabilidade. E como os adoecidos, em sua maioria, são mulheres, as LER passam a ser *coisa de mulher*, expressão carregada de preconceito que mal disfarça a estratégia de inibir a revelação da doença por parte dos homens.

A dispersão dos trabalhadores sujeitos a adoecer por 1.700 dependências e 600 agências favorece a desinformação do que está a ocorrer em cada uma, particularmente quando se trata de uma doença do trabalho. Por seu lado, o órgão específico de engenharia de segurança e medicina do trabalho que, em tese, deveria cuidar do problema, começando por processar as informações, se o faz, oculta-o, incapaz de formular políticas e ações compatíveis com a gravidade do problema, independentemente da competência individual dos seus técnicos, corroborando a tese que a desinformação, desconhecimento ou *ignorância* não é inocente, mas elemento de uma política. O que parece haver revelado essa não inocência e essa política foi o descontrole da situação que põe em risco a produtividade do banco, face ao grande número de adoecidos e afastados.

Pelos depoimentos, a negação da doença e as práticas discriminatórias não se restringem aos diretores e gerentes. Chefias menores e trabalhadores *sadios* do nível hierárquico inferior têm comportamento parecido.

Os acidentes típicos de trabalho geram conhecido sentimento de horror e manifestações coletivas de solidariedade e revolta contra violência tão explícita. No entanto, a culpabilização do acidentado se sustentou no país por mais de duas décadas, alicerçada na teoria tão cínica quanto perversa de que a maioria deles tinha como causa o “ato inseguro” da vítima. Técnicos e tecnocratas oficiais e patronais a difundiram, largamente, nos congressos promovidos pelo Ministério do Trabalho, nas semanas internas de prevenção de acidentes, nos

cursos de engenharia de segurança e medicina do trabalho e nos de formação de técnicos e “cipeiros”. Resíduos fortes dessa teoria e desses discursos ainda impregnam a consciência dos trabalhadores, introjetados pela propaganda maciça. Mas foi impossível negar as evidências das situações calamitosas do trabalho, responsáveis por, aproximadamente, vinte e cinco milhões de acidentes em duas décadas.

As LER carecem dessa materialidade e evidência que suscitam compreensão e solidariedade. O que começa a convencer os trabalhadores não adoecidos da veracidade da existência da doença inaparente, é a perda da percepção equivocada sobre a singularidade dos casos de sua agência e o conhecimento progressivo de que essa é uma doença plural, indesejada e ameaçadora. Afinal, ninguém quer adoecer. É sempre doloroso e prenuncia o que menos se deseja, a morte. Não é o que temem os adoecidos de LER, embora o sofrimento físico e psíquico tenha, em alguns depoentes, alimentado esse desejo indesejado. O que efetivamente temem é a morte social, de *não poder fazer o que faziam antes*, ou seja, trabalhar e cuidar de si e dos seus. Estar destituído dessa capacidade, ainda que provisória e involuntariamente, implica sanções. É tão forte esse sentimento de dever, que os que estão incapacitados sentem-se culpados, perdem a auto-estima e se ressentem muito com as incriminações explícitas e veladas.

Mas a discriminação dos colegas *sadios* tem conteúdo diferente daquela dos administradores. Trabalhadores adoecidos e não adoecidos são uma mesma categoria e exercem funções no rés da empresa. O que momentaneamente os diferencia é a presença revelada da doença em uns e não em outros. Se têm comportamentos antagônicos é por causa dessa circunstância nova. Deve-se supor, portanto, que os adoecidos, quando são, tivessem o mesmo comportamento dos que hoje se sentem sobrecarregados de trabalho com suas ausências. Esses há bem pouco se identificavam com aqueles e se sentiam companheiros e até como “*uma família*”. Os não adoecidos não se fizeram moralmente piores e menos solidários, nem os adoecidos, com a áurea indesejável da doença se tornaram mais ou menos virtuosos. Continuam todos sendo trabalhadores, vivendo suas necessidades, conflitos e subjetividades. A *estranheza* é recíproca e conseqüente a uma situação inusitada e desagregadora. O adoecido que via a si próprio nos outros e com eles se identificava, através de manifestações de afeto, elogios e solidariedade, sente-os afastados, incriminadores. Os *sadios*, que do mes-

mo modo se viam no adoecido quando esse era são, o percebem diferente, trabalhando pouco ou mal e se comportando socialmente de maneira estranha. Essa estranheza recíproca não é imediata. Entre os primeiros sintomas de LER e o autoconhecimento do adoecimento medeia um espaço de tempo razoável, quando o adoecido o nega e procura ocultar a dor e seus medos. A dor, a tristeza e a irritabilidade, sinais premonitórios que acompanham a perda da capacidade de trabalho, “*de não poder fazer*”, são percebidas externamente e socialmente, como vontade deliberada de não trabalhar. Quando o afastamento do trabalho torna público o adoecimento, um longo caminho introspectivo de sofrimento foi percorrido e já aconteceu o distanciamento afetivo dos colegas, desestruturando suas relações. Para piorá-las, o adoecido mais sente do que se revela, é reconhecido e declarado doente.

A negação da doença pelos outros é, também, sua no início, reforçada pela dubiedade médica. Nesse ponto, o sofrimento físico foi exacerbado pelo sofrimento psíquico, dificultando ainda mais a inserção social no trabalho e junto aos amigos e familiares. O desespero passa a ser visível, mas falta aos circunstâncias o sentimento objetivo da dor e das múltiplas perdas de quem adoeece. E o olhar leigo, habituado a surpreender os sinais exteriores de outros adoecimentos, não logra perceber as marcas interiores e profundas das LER, até porque a ambigüidade desse padecimento inaparente, inquietante, lento e crescente, estabelece, por um tempo razoavelmente longo, uma cumplicidade na negação e ocultação da doença entre o doente e os outros. O que vai expô-lo é a incapacidade objetiva do *fazer*, devido aos limites que a dor impõe, permanecendo submerso o sofrimento psíquico que a incapacidade desperta. Esse limites, o adoecido custa a aceitar, recusando-se a negociar consigo próprio e tornando mais difícil a negociação com os outros. Nos casos graves, essa subjetividade carregada de pessimismo com relação às suas limitações, à cura e à reintegração no trabalho, é agravada pela conduta da empresa e de seus prepostos, esses perplexos com uma doença em que a assistência médica tem sido, apenas, uma abordagem tardia, restrita e freqüentemente mal-sucedida.

No caso da nossa amostra, constituída de 525 adoecidos, a maioria era de casos graves, sendo a terapêutica medicamentosa e fisioterápica bastante aleatória. O repouso, fundamental para interromper a continuidade traumática do trabalho e “esfriar” o conteúdo inflamatório do processo, quando veio a ser pres-

crito, o foi tardiamente. A empresa, a prática médica na forma em que está organizada, a previdência social e o próprio adoecido, por razões diferentes resistem ao afastamento e buscam o rápido retorno ao trabalho. Os médicos, particularmente, não insistem muito nesse ponto, sobretudo, porque as resistências são grandes e institucionais. Escudam-se, para justificar esse lavar de mãos, na legislação da previdência social que confere grande poder discricionário aos seus peritos, orientados para sempre duvidar do vínculo de qualquer doença com o trabalho, invocando a fragilidade ou inconsistência de “provas”, vale dizer, da ausência de exames complementares comprobatórios, só positivos, e nem sempre, nos estados mais avançados das LER.

Os depoimentos dos adoecidos de LER sobre as práticas de médicos e técnicos da empresa, da previdência e dos serviços médicos credenciados que os assistem deixam entrever as políticas próprias e socialmente impróprias dessas instituições e do modelo médico-assistencial vigente, individual, medicalizador, com procedimentos terapêuticos clínicos de duvidosa eficácia e intervenções cirúrgicas excessivas e, provavelmente, desastrosas. Não é de admirar que muitos da nossa amostra hajam recorrido, com desusada freqüência, a tratamentos alternativos e pouco convencionais.

### Considerações finais

Em sua evolução, o homem aprendeu a fazer outros usos de suas mãos, além daquele primitivo e restrito de pegar. O contato, a sensibilidade, a percepção das formas e do movimento e a projeção das mãos como instrumento para conhecer e transformar o mundo foi um aprendizado histórico longo que teve correspondência a nível de seu córtex cerebral. Em o transformando, transformou-se. O uso sensível, preciso, ágil e coordenado das mãos é o resultado, pois, da própria construção, simultaneamente, biológica, histórica e social do homem.

Enquanto movimentos de flexão e extensão, manusear peças eletrônicas, teclas de computador, cordas ou teclados de instrumentos musicais têm poucas diferenças. Variarão, certamente, de intensidade, ritmo e extensão do tempo de manuseio, mas as diferenças do trabalho de um operário da indústria eletroeletrônica, de um bancário, de um instrumentista de orquestra sinfônica e de um músico de jazz não são, apenas, dos instrumentos, meios, quantidade, intensidade e tempo dos movimentos. Há muitas outras, além desses ele-

mentos *quantitativos* e físicos, que dizem respeito ao conteúdo intrínseco, à *qualidade*, à natureza social, histórica, cultural, afetiva e organizadora desses trabalhos.

No entanto, é freqüente, embora pouco original, comparar o processo de trabalho de uma empresa industrial ou financeira, com elevado nível de tecnização e organização, com o de uma orquestra sinfônica, onde cada trabalhador, sentado ou de pé, dá conta de sua partitura. Na realidade, essa aparente sintonia é uma seriação de tarefas simples, repetitivas, que têm pouco a ver com a divisão racional do trabalho, muito diferente do trabalho coletivo dos instrumentistas de uma orquestra, concebido e exercido com razoável autonomia, embora preso, rigorosamente, a um texto e sob a batuta de um maestro. Mais diferente ainda é no *jazz*, onde a liberdade de conceber e tocar é absoluta.

Nas diferenças qualitativas do trabalho, provavelmente mais do que nas de natureza quantitativa dos movimentos e posturas físico-corporais, estarão as causas da desigualdade de prevalência das LER observadas nas diversas categorias e dentro de uma mesma categoria. Não é, pois, de estranhar que as mais altas tenham sido encontradas entre os trabalhadores da linha de montagem (Nakaseko et al., 1982) e que essas lesões sejam quase exclusivas dos trabalhadores do rés das empresas, como em nosso estudo com bancários, que ocorrem, embora com menor freqüência em músicos de orquestras sinfônicas e não tenham sido registradas em músicos de *jazz* (Depuis, 1995).

Parece haver poucas dúvidas de que quando os trabalhadores dos dois gêneros se sujeitam ao mesmo processo de trabalho, a prevalência feminina das LER é muito maior, fato denunciador, antes de mais nada, da precariedade do conceito de igualdade baseado na jornada igual de trabalho. As hipóteses para explicar essa diferença de prevalência, habitualmente, se assentam nas diferenças orgânicas: morfo-fisiológicas, hormonais, imunológicas

ou psíquicas (Krom et al., 1990; Cannon et al., 1981; Lucire, 1986). Há nessas teorias explicativas, alguns elementos comuns. Além de privilegiarem os atributos individuais, constituídos em "fatores", como no modelo clássico de Leavell & Clark (1976), elas resvalam para o conceito vago de uma *predisposição* ligada ao sexo. Haveria uma patogenicidade inata do ser feminino a ter LER. É fácil perceber como essas teorias servem, intencionalmente ou não, para alimentar preconceitos e discriminações e culpabilizar o adoecido pelo próprio adoecimento. Aliás, nos depoimentos dos adoecidos da nossa amostra são transcritas as expressões chistosas e depreciativas utilizadas contra eles. Comportamento dessa ordem costumam não respeitar as diferenças e quando desfavoráveis à produção, as consideram atributos negativos, *susceptibilidades* individuais ou de sexo. A sujeição de adoecer do trabalho se faz natural e se transmuda em *fator de risco* para a produção.

A hipótese que formulo é que se uns adoecem de LER, enquanto outros não, embora todos estejam sujeitos, em tese, ao mesmo processo de trabalho, é porque têm uma sensibilidade diferente e sentem a subordinação ao trabalho com mais rigor. A impropriedade do adoecimento não está na pessoa, posto que lhe é externa, mas no trabalho. Dada à subordinação de classe, social e histórica (maior no caso da mulher) por não encontrarem outra forma de expressar a violência do trabalho, senão com o próprio corpo, as pessoas mais sensíveis denunciam-na, adoecendo. O adoecimento do trabalho por LER ou qualquer outro não resulta, portanto, de nenhum defeito ontogenético ou de caracteres depreciativos, de natureza biológica ou psíquica, mas objetivamente do trabalho. Não é acidental que adoçam mais ou quase exclusivamente homens e mulheres que realizam o trabalho concreto, que se situam no nível hierárquico inferior das organizações, isto é, os mais subordinados.

## Referências

- BAADER, E. W., 1960. *Enfermedades Profesionales*. Madrid: Ed. Montalvo.
- BRAVERMAN, H., 1981. *Trabalho e Capital Monopolista. A Degradação do Trabalho no século XX*. Rio de Janeiro: Ed. Zahar.
- CANNON, L. J.; BERNACKI, E. J. & WALTER, S. D., 1981. Personal and occupational factors associated with carpal tunnel syndrome. *Journal of Occupational Medicine*, 23:255-258.
- CARDOSO DE MELLO, J. M., 1992. Conseqüências do neo-liberalismo. Economia e Sociedade. *Revista do Instituto de Economia da Unicamp*, 1:59-67.
- COUTINHO, L., 1992. A terceira revolução industrial e tecnológica, 1992. Economia e Sociedade. *Revista do Instituto de Economia da Unicamp*, 1:69-88.
- DEMBE, A., 1995. The social history of musculoskeletal disorders, 1995. *II International Scientific Conference on Prevention of Work related Musculo-skeletal Disorders*. Montreal.
- DUPUIS, M., 1995. La tendinite du musicien: Thème et variations, 1995. *II International Scientific Conference on Prevention of Work related Musculo-skeletal Disorders*. Montreal.
- HARVEY, D., 1994. *Condição Pós-Moderna*. São Paulo: Ed. Loyola.
- KROM, M. C. T. F. M.; KESTER, A. D. M.; KNIPSCHILD, P. G. & SPAANS, F., 1990. Risk factor for Carpal Tunnel Syndrome. *American Journal of Epidemiology*, 132:1102-1110.
- KUORINKA, I. & FORCIER, L., 1995. *Les Lésions Attribuibles au Travail Répétitif. Ouvrage de Référence sur les Lésions Musculo-Squeletiques Liées au Travail*. Quebec: Ed. MultiMondes.
- LANDES, D. S., 1994. *Prometeu Desacorrentado. Transformação Tecnológica e Desenvolvimento Industrial na Europa Ocidental desde 1750 até a Nossa Época*. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira.
- LEAVELL, H. & CLARK, E. G., 1976. *Medicina Preventiva*. São Paulo: Ed. McGraw Hill.
- LUCIRE, Y., 1986. Neurosis in the workplace. *The Medical Journal of Australia*, 145:323-330.
- MARX, K., 1975. *O Capital (Crítica da Economia Política) Livro I: O Processo de Produção do Capital*. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira.
- NAKASEKO, M.; TOKUNAGA, K. & HOSOKAWA, M., 1982. History of occupational cervico-brachial disorders in Japan. *Journal of Human Ecology*, 11:7-16.
- NAVARRO, V., 1995. Produção e Estado do bem estar social. In: *Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo* (A. C. Laurell, org.), pp. 91-124. S. Paulo: Ed. Cortez/Cedec.
- NUSAT (Núcleo de Referência em Doenças Ocupacionais da Previdência Social), 1993. *Relatório Anual*. Belo Horizonte: NUSAT.
- OFFE, C., 1994. *Capitalismo Desorganizado. Transformações Contemporâneas do Trabalho e da Política*. São Paulo: Ed. Brasiliense.
- RAMAZZINI, B., 1971. *As Doenças dos Trabalhadores*. Rio de Janeiro: Ed. Liga Brasileira Contra os Acidentes de Trabalho.
- RIBEIRO, H. P., 1968. Alimentação como indicador de triagem sócio-econômica. *Pedriatria Prática*, 39: 5-23.
- RIBEIRO, H. P. & LACAZ, F. C. S., 1985. *De Que Adoecem e Morrem os Trabalhadores*. São Paulo: Ed. Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisa de Saúde e dos Ambientes de Trabalho (DIESAT)/Imprensa Oficial do Estado de São Paulo (IMESP).
- RIBEIRO, H. P., 1994. *Conversando sobre LER* São Paulo: Ed. Opção/Associação dos Funcionários do Banco do Estado de São Paulo (Afubesp).
- RIBEIRO, H. P., 1995. Estado atual das LER no Banespa. *Cadernos de Saúde/Afubesp*, 1:45.
- ROCHA, L. E., 1989. *Tenossinovite como Doença do Trabalho no Brasil: A Atuação dos Trabalhadores*. Dissertação de Mestrado, São Paulo: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.