

# TAYLORISMO CIBERNÉTICO E LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS EM OPERADORES DE *TELEMARKETING* EM SALVADOR-BAHIA<sup>1</sup>

*Paulo Gilvane Lopes Pena\**

*Adryanna Cardim\*\**

*Maria da Purificação N. Araújo\*\*\**

O presente artigo visa a compreender o processo de adoecimento pelas Lesões por Esforços Repetitivos (LER) em operadores de telemarketing e suas relações com as estratégias gerenciais associadas às novas tecnologias. Para este estudo qualitativo foram entrevistados trinta operadores portadores de LER, atendidos em ambulatório, entre 2007 e 2009 e realizadas observações nos ambientes de trabalho de dez empresas. Observaram-se condicionantes nocivos, decorrentes das transformações tecnológicas, do caráter virtual e comunicacional, o que demanda novas formas de cuidados a serem considerados na prevenção das LER. A noção de redes sociais, que permite operar “hipercorpos”, nas relações entre operadores e clientes, ajuda no entendimento de aspectos subjetivos que favorecem a ocorrência de tensões e conflitos no universo virtual. Trata-se de estratégias gerenciais nocivas, que resultam em particularidades no desenvolvimento das LER, com produção social de estigmas e perversão de práticas de medicina do trabalho sincronizadas com princípios do taylorismo.

**PALAVRAS-CHAVE:** trabalho, lesões por esforços repetitivos, telemarketing, novas tecnologias, saúde do trabalhador.

## INTRODUÇÃO

As epidemias prevalentes no mundo do trabalho mudam, assim como as técnicas de prevenção, diagnóstico e prognóstico, e, no âmbito da saúde do trabalhador, incluem-se ainda mudanças na esfera jurídica do reconhecimento das patologias ocupacionais. O trabalho muda e, sobretudo, as técnicas se transformam ou são utilizadas de forma diferente na conformação de condições nocivas de risco para a saúde. As Lesões por Esforços Repetitivos (LER), ou Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho

(DORT) foram as primeiras patologias relacionadas aos movimentos repetitivos, descritas em 1700 por Bernardino Ramazzini (Ramazzini [1700]1999) e encontradas em escribas e notários. A escrita, iniciada com um instrumento simples, como o lápis, incorporou anos depois a datilografia – processo mecânico e, posteriormente, a máquina datilográfica elétrica. Seguiram-se a revolução numérica engendrada pela informática e a digitação de dados para alimentar informações em computador. A atividade de digitação está associada ao gigantesco complexo comunicacional da Internet, na emergência de uma sociedade em rede (Castells, 1999), mas subjugada às formas de precarização e intensificação do trabalho. Esse contexto se constitui no fenômeno técnico-organizacional que condiciona as causalidades da LER/DORT e outros distúrbios relacionados ao trabalho na atualidade.

Os entendimentos a respeito da determinação social das doenças e das suas práticas que geram cuidados diferenciados e desiguais nas sociedades surgiram em meados do século XIX, na França e na Alemanha, por influência da Revolução Francesa (Rosen, 1994). Tratava-se da concepção da me-

\* Doutor em SócioEconomia do Desenvolvimento. Professor adjunto do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da Universidade Federal da Bahia-UFBA.

Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva. Av. Reitor Miguel Calmon, s/n. Vale do Canela. Cep: 40000-000 - Salvador, BA - Brasil. pena@ufba.br

\*\* Fisioterapeuta e Nutricionista. Professora Assistente da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Sanitarista do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador - CESAT/ Secretaria da Saúde do Estado da Bahia.

\*\*\* Nutricionista. Professora da Escola de Nutrição da UFBA. Doutoranda em Saúde Pública da Pós-Graduação em Saúde Coletiva, UFBA.

<sup>1</sup> Agradeço ao CNPq pelo apoio financeiro para realização de parte da pesquisa.

dicina social, que procurava entender as epidemias que assolavam a Europa a partir das condições sociais e históricas, em contraposição ao modelo biomédico, que procurava apenas causalidades biológicas, como os microrganismos ou alterações orgânicas centradas no indivíduo. Na esfera da saúde do trabalhador, que se contrapõe ao modelo biomédico predominante no âmbito da medicina do trabalho empresarial, o estudo das LER e de seus determinantes históricos e sociais envolvem o recurso às ciências humanas para se compreender a natureza desse fenômeno (Minayo-Gomez; Thedim-Costa, 2003). Trata-se de analisar as formas particulares da sua ocorrência em cada categoria profissional, considerando as especificidades do processo de trabalho, suas respectivas práticas gerenciais e as relações dessas doenças com o desenvolvimento tecnológico.

A origem do *telemarketing* está na telefonia, que foi inventada no século XIX, e se passaram quase cem anos para que estudiosos como Le Guillant *et al.* (1984) começassem a identificar cientificamente suas consequências para a saúde das telefonistas, como estresse crônico, distúrbios neuróticos, fisiológicos, dentre outros. A telefonia foi automatizada e, em seguida, entrou no mundo digital, onde foram criadas as condições para a emergência do *telemarketing* ou *call centers* (termo mais amplo, referente à central telefônica em setor de empresa ou na empresa propriamente dita). Atualmente, as LER<sup>2</sup> representam o conjunto de patologias mais prevalentes no mundo do trabalho no Brasil e em países desenvolvidos. Em levantamento realizado pelo Instituto Nacional da Seguridade Social (INSS), na Bahia, constatou-se que 1.107 trabalhadores de *call centers* foram afastados do trabalho no período entre 2003 e 2005. Esse levantamento demonstrou que, dentre as principais doenças responsáveis por afastamentos do

*telemarketing*, 45% estavam relacionadas às doenças osteomusculares ou LER (Cardim, 2009).

A palavra *marketing* é de origem anglo-saxônica e resulta da união da palavra *market*, que significa mercado, com o sufixo “ing”, que significa ação. Nas relações de produção, serviço e consumo, construir mercado é essencial para atividade econômica. A adição do prefixo *tele* resulta de revoluções tecnológicas e transformações na divisão do trabalho em construção, desde a invenção do telefone até a telemática da atualidade. O *marketing* pode ser realizado à distância por empresas especializadas que se transformaram em um dos mais dinâmicos setores do serviço da atualidade.

O crescimento das atividades denominadas de *telemarketing* tem se destacado no Brasil e no mundo pela rapidez da sua expansão nos últimos anos. No Brasil, segundo dados da Associação Brasileira de *Telemarketing*, em 2008, existiam aproximadamente 750 mil trabalhadores nessa categoria (Cardim, 2009), o que transforma esse setor no maior empregador na área de serviços. Nele, assume papel central a utilização de novas técnicas gerenciais (informática, informacional, comunicacional e mecânico-sensorial) aplicadas aos trabalhadores em *telemarketing*, o que influencia nas formas de ocorrência das patologias do trabalho. Um aspecto marcante desse setor se refere à utilização de práticas de precarização, cujo resultado tem sido o grande aumento de enfermidades clássicas e outras ainda desconhecidas nos seus processos saúde e doença relacionados ao trabalho.

Essas patologias prevalentes no setor de *telemarketing* dispõem de consensos clínicos, epidemiológicos e previdenciários que necessitam aprofundamentos. Constituem exemplos: LER; patologias da voz (e laringopatias em geral), em particular disfonias com lesões de cordas vocais; distúrbios psíquicos e manifestações neuróticas diversas, como alterações psicorgânicas relacionadas ao estresse; alterações gastrointestinais diversas, distúrbios miccionais e vesiculares; fadiga psíquica, alterações psicoendócrinas de ciclos menstruais; ergoftalmia; mudança de hábitos alimentares e outros (Assunção; Almeida, 2005).

<sup>2</sup>A Previdência Social denomina LER também como DORT – Distúrbios Osteo-Musculares Relacionados ao Trabalho. Essa denominação é restrita à dimensão ortopédica da doença, eliminando-se a problemática neurológica e psíquica relacionadas às LER, além de não propiciar a análise social inerente a tais patologias. Outras denominações, também não consensuais, são frequentes na literatura como: Doenças Músculo-Esqueléticas (DME); Lesões Atribuídas ao Trabalho Repetitivo (LATR), utilizada no Canadá, dentre outras (Kuorinka; Forcier, 1995).

No entanto, a investigação de condicionantes inscritos em um modelo social permite compreender o conjunto de associações sindrômicas e fisiopatológicas de lesões e distúrbios psicorgânicos relacionados à precarização, à hipersolicitação no trabalho, dentre outros processos técnicos e sociais que conformam a realidade do profissional de *telemarketing*. Desse modo, patologias diversas e sem relações aparentes podem ser entendidas, na sua essência, não apenas pela semelhança em complexos de causalidade na esfera biológica, mas também por meio de relações inscritas nos processos históricos, sociais e culturais. A economia psicodinâmica<sup>3</sup> do trabalhador (Dejours, 1993), os distúrbios psicofisiológicos, as doenças, os acidentes e a morte precoce mantêm elos profundos com modos e condições de trabalhos nocivos. Trata-se de uma abordagem que busca envolver, para além do modelo biomédico, aspectos sociais e culturais que geram o trabalho nocivo e conformam os riscos de doenças e acidentes, por isso mesmo concentrada na dimensão social, seus determinantes e condicionantes compreendidos a partir da análise do processo de trabalho (Minayo-Gomez; Lacaz, 2005). Nessa perspectiva, as consequências para a saúde poderão ser estudadas no conjunto de seus impactos, e não por síndromes específicas, isoladas, entendidas apenas na esfera do corpo e da biomecânica.

O estudo dos processos de trabalho e suas respectivas mudanças tecnológicas e organizacionais são essenciais para se entenderem os agravos à saúde de operadores de *telemarketing* observados na sua integralidade. Pelo mesmo motivo, o conhecimento dos modos nocivos de trabalho pode resultar em melhores prognósticos, ao se orientar a reestruturação sanitária das empresas através de mudanças, reformas sociais, regulatórias, técnicas e culturais, portanto na esfera social, que

<sup>3</sup> Segundo Dejours (1993, p.208), o trabalhador desenvolve estratégias de defesa individual e coletiva em uma dinâmica de economia entre a organização do trabalho – como causa – e a doença mental, como efeito. A ruptura dessa economia psicodinâmica entre trabalho, sofrimento e reconhecimento pode resultar em patologias mentais e psicossomáticas.

podem eliminar ou reduzir possibilidades de epidemias de doenças e acidentes do trabalho. Por consequência, categorias como trabalho, técnica e tecnologia são essenciais para o entendimento da problemática em estudo.

O trabalho representa a categoria central na compreensão da sociedade e uma das determinações do processo saúde e ou doença (2005). Em uma perspectiva de construção da saúde, o trabalho pode estar inserido em um processo capaz de estruturar as dimensões biopsíquica, social, cultural e ambiental. Porém, de forma antagonica, a exploração no trabalho não raramente se relaciona com a doença e a morte precoce. O trabalho exercido de forma parcelada, repetitiva, insalubre e perigosa materializa-se em doenças, acidentes e sofrimento psíquico.

No processo de divisão do trabalho, o ser humano apresenta característica singular: a possibilidade de transferir tarefa para outro(s) e se apropriar do resultado. Com essa particularidade humana, inexistente em qualquer outra modalidade de trabalho animal, emergiu a necessidade de gerenciar tarefas nas atividades coletivas de trabalho (Braverman, 1987). No final do século XIX e início do século XX, a indústria, seguida dos outros setores, incorporou uma nova técnica gerencial denominada “método científico do trabalho”, ou seja, o método de gestão taylorista, matricial para a compreensão do gerenciamento no setor de *telemarketing*. Taylor introduziu princípios como o de aptidão através de mecanismos de seleção do mais apto, com exclusão de trabalhadores inaptos e, sobretudo, o princípio de adaptação do ser humano ao trabalho e à técnica, submetendo-o a ritmos excessivos, cronometrados e nocivos para a saúde (Braverman, 1987; Paraguay, 2005).

As inovações tecnológicas potencializaram o método taylorista. Inicialmente, o administrador taylorista, que utilizava prancheta e lápis, passou à era eletrônica e, depois, à era do computador com cálculos precisos sobre a produção de tarefas e tempo exato de sua realização (Neffa, 1987). Com a introdução de sistemas informáticos em rede, o

controle gerencial com o suporte informático incorporou o método taylorista em *softwares* administrativos. A inteligência artificial passou a “vivificar” as ideias de Taylor reificadas nos comandos numéricos de sistemas semirrobóticos. Trata-se de situações em que se inicia a passagem do taylorismo assistido por computador para sistemas informáticos, comunicacionais, acoplados às câmeras digitais de vigilância do trabalho – esfera sensorial – próximo ao que pode ser conceituado de robô, ou seja, desenvolve-se robótica com funções gerenciais, como em vários outros campos industriais e de serviços, cujos *softwares* são concebidos com matrizes do método taylorista (Pena; Thébaud-Mony, 2005).

Apenas a análise do desenvolvimento da técnica não explica o que se passa no mundo do trabalho. A enorme expansão das atividades de *telemarketing* ou teleatendimento está relacionada também ao crescimento do modelo de teletrabalho, associado ao processo de agravamento da precariedade no trabalho, sobretudo por meio da intensificação do tempo de trabalho (Santos, 2004; Venco, 2006). A reestruturação produtiva – modelo japonês, pós-fordismo ou outra denominação dessas profundas transformações no trabalho – introduz mudanças com impactos na vida das pessoas e na relação entre os países, e, conseqüentemente, nas formas de viver e de adoecer. Essas transformações modificam, assim, os determinantes do processo saúde-doença e intensificam a exclusão no (do) trabalho de acidentados e doentes (Franco *et al.*, 1994), tanto na indústria como nos serviços.

As primeiras referências de agravos relacionadas ao trabalho de telefonistas datam de 1910, quanto Jullard descreve na “*Revue Suisse des Accidents du Travail*” (*apud* Le Guillant *et al.* 1984) os traumas psíquicos decorrentes dos choques elétricos comuns no uso da rede telefônica da época, além da fadiga e da tensão nervosa decorrentes de conflitos com clientes. Ainda segundo esses autores, em 1918, Fontegne e Solari constataram a importância de vários sintomas ligados à profissão de telefonista, a exemplo de cefaleias, insônia, dificuldade para refletir e para

fixar atenção, humor às vezes violento e nervosismo, e caracterizaram essa síndrome com o nome de neurose das telefonistas. Os primeiros estudos sistemáticos relacionados à saúde da telefonista foram realizados por Le Guillant *et al.* (1984), e se tornaram referências pelo fato de consagrarem termos como “fadiga nervosa” e “neurose das telefonistas”. Desoille *et al.* (1991) enfatiza a perda auditiva abrupta decorrente de descarga sonora inesperada nas telefonistas profissionais no uso do *head-phone*, e a denominou de choque acústico.

No âmbito da psicodinâmica do trabalho, Dejours (1993) utilizou as atividades de telefonistas para exemplificar a riqueza da construção do que denominou “estratégias defensivas”, que trata do comportamento em relação à doença e ao trabalho. A ideologia defensiva se estabelece além do sistema defensivo na dimensão biológica, contrária à “ideologia da vergonha”, em que o sujeito se mantém distante da percepção do risco. A ideologia defensiva nega ou menospreza o risco no plano subjetivo, assim como os respectivos mecanismos de defesa do indivíduo ou do coletivo, e isso faz com que haja uma convivência do sujeito e do grupo com a situação de risco no cotidiano do trabalho. Na hipótese do fracasso na ideologia defensiva, emergem diversas questões relativas à ansiedade, e a sobrevivência se torna um fenômeno simultaneamente individual e coletivo.

Outros estudos sobre a gestão temporal das múltiplas tarefas existentes nas centrais de atendimento telefônico mostram uma dinâmica de intensificação dos ritmos submetida a uma significativa divisão sexual do trabalho, com predominância do sexo feminino como uma das estratégias de precarização inscritas no processo de reestruturação produtiva (Hirata, 1997; Santos, 2004). As operadoras são obrigadas a executar tarefas múltiplas (polivalência, gerando um “hipertaylorismo”), monótonas e repetitivas para tentar comprimir o tempo de atendimento e aumentar a produtividade.

Sobre as condições de trabalho no setor de

*telemarketing* verificam-se: alta rotatividade no emprego; predominância do sexo feminino; organização das atividades sob grande pressão de tempo; exigência de grande responsabilidade acompanhada de falta de controle sobre o processo de trabalho; rigidez postural; sobrecarga estática de segmentos corporais; avaliação de desempenho por monitoramento eletrônico; gravação e escuta de diálogos; incentivos ou premiação por produção; precariedade nas intervenções ergonômicas, com práticas centradas em aspectos secundários do processo; precária higiene dos conjuntos de microfone e fone de ouvido (*head sets*) individuais e problemas operacionais diversos, quando não são substituídos prontamente em caso de necessidade (Bonfim, 2009; Cardim, 2009; Santos, 2004; Venco, 2006; Vilela; Assunção, 2004).

Diante desse contexto, o presente artigo tem como objetivo compreender os significados do processo de adoecimento de operadores de *telemarketing* portadores de LER nas suas relações com as estratégias gerenciais e novas tecnologias.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa qualitativa junto a 30 operadores de *telemarketing* portadores de LER relacionadas ao trabalho, com diagnóstico definido em clínicas particulares ou pelo próprio ambulatório do sindicato. Esses trabalhadores, atendidos no serviço médico do Sindicato dos Trabalhadores em Telecomunicações (SINTTEL), durante o período de 2007 a 2009, foram convidados pelos pesquisadores a participar do presente estudo. A seleção foi feita em um universo de aproximadamente 800 doentes atendidos por ano, o que gerou mais de 2000 atendimentos com retorno no serviço. Do total, participaram cinco homens e 25 mulheres portadores de LER, mesmo com outras doenças diagnosticadas, como disfonias e perda auditiva. Os participantes foram entrevistados mais de uma vez, no próprio serviço do sindicato ou na Universidade.

Na sua maioria, esses trabalhadores doen-

tes procuravam o serviço médico do sindicato após a demissão, com o objetivo de assegurar direitos junto à Previdência Social e, em alguns casos, indenizações no judiciário. O número elevado de atendimentos refletia o grande *turnover* de trabalhadores praticado pelas empresas, associado ao fato comum de demitir operadores após suspeita diagnóstica de doenças do trabalho, especialmente as LER/DORT. Foram realizadas entrevistas semiestruturadas individuais e coletivas e registros de campo (observação) dos ambientes de trabalho, revisões de prontuários médicos e análise de documentos do sindicato e das empresas disponibilizados principalmente pelo Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador (CESAT) e Procuradoria Regional do Trabalho – 5ª Região.

Realizou-se uma interpretação hermenêutico-dialética das narrativas dos doentes, buscando compreender os significados por eles atribuídos de forma consensual, de acordo com unidades de sentidos, associados ao entendimento de contrastes, dissensos, ruptura de sentidos (Minayo, 2010) no contexto histórico do processo de trabalho das empresas estudadas. Os extratos e expressões significantes das narrativas foram categorizados, tendo-se em vista as doenças, as condições de trabalho, os meios de trabalho e as experiências referentes a um conjunto de agravos à saúde existente na(s) empresa(s) de *telemarketing*. Fez-se uma análise microssocial do trabalho, considerando o entendimento sobre inovações técnicas, organização do trabalho, ambiente em geral e, em especial, as relações com técnicas gerenciais existentes nas empresas trabalhadas.

Além das narrativas analisadas, foram realizadas dez visitas com suporte do CESAT<sup>4</sup> nas empresas de *call centers* citadas nas entrevistas, com o objetivo de observar a organização e as condições de trabalho nesse ramo produtivo. Essas observações seguiram protocolo previa-

<sup>4</sup> Documentos Técnicos nº 001/2004; nº 004/2008; nº 034/2008; nº 039/2008 da Coordenação de Vigilância de Ambientes e processos de trabalho do Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador – CESAT.

mente elaborado pela instituição e centravam-se na análise ergonômica do trabalho. Também foram analisados documentos técnicos de um órgão público que realiza ações de vigilância em saúde do trabalhador, no estado da Bahia. Das empresas observadas, apenas uma possuía contrato de prestação de serviço para órgãos públicos. As demais empresas prestavam serviços a cartões de crédito, telefonia e bancos. O estudo seguiu procedimentos éticos, em conformidade com o estabelecido na Resolução Conselho Nacional de Saúde n. 196/96 para pesquisa em seres humanos, e ainda se obteve a aprovação da pesquisa junto ao sindicato da categoria e aos grupos de doentes lesionados que se organizam de forma independente. Os nomes dos informantes serão preservados e indicados apenas com letras iniciais nos extratos de suas narrativas.

### O TRABALHO ACELERADO E PRECÁRIO NAS EMPRESAS DE TELEMARKETING

Os processos de trabalho nas empresas estudadas assemelham-se aos descritos na literatura e suas características genéricas são apresentadas a seguir.

- Os profissionais de *telemarketing* são predominantemente mulheres, em conformidade com uma divisão sexual do trabalho que utiliza o trabalho precário da mulher na pretensão gerencial de maior propensão ao suporte do *marketing*. Recebem pouco mais de um salário mínimo, possuem curso secundário ou são alunos de faculdades particulares, possuindo competências no uso do computador. É importante afirmar que, apesar de remunerarem o teleoperador com salário baixo, as empresas fornecem assistência médica supletiva, concedendo ao funcionário o pagamento de pequena parcela dos gastos.
- As empresas se organizam por setores com suas “células” ou “ilhas” (a denominação varia conforme a empresa) sob a responsabilidade do coordenador ou supervisor de cada ilha, que

agrupa em torno de dezesseis a vinte operadores. Cada ilha é dividida em postos de atendimentos individualizados, em que o operador permanece sentado em cadeira ajustável, com computador, telefone, fone de ouvido e microfone (conjunto denominado de *head set*), em espaço restrito por divisórias de meia parede. Essa condição é suficiente para dificultar a comunicação com os operadores vizinhos da ilha ou equipe, mas permite a vigilância geral por meio da visão panorâmica. Nesse posto, o operador mantém-se por seis horas, com um intervalo de vinte minutos para o lanche e saída controlada para o banheiro.

- Os serviços são organizados setorialmente em dois grandes grupos de atendimento, caracterizados como operadores de *telemarketing* ativos e receptivos. O estímulo à produtividade é onipresente e reflete uma marca da estratégia gerencial. Em algumas situações, o operador agrega fotos, lembranças da família, desde que retirados ao final da jornada. O pouco espaço, muitas vezes, é preenchido por mensagens dos supervisores, como: “É hora de ajustar nossos motores”, “Fique atento à temperatura da meta de superação, ela garante uma bela remuneração”, “Regule a meta individual, ela garante uma bela recompensa”, “Cuide da meta Br.. ela te dá mais do que o dobro de potência”, dentre outras formas de aceleração do trabalho. Muitas vezes, o próprio operador reproduz o discurso e escreve as suas metas individuais em frente ao monitor, para lembrar a necessidade de superá-las, a exemplo: “Sem palhaçada, bater a meta TMA [tempo médio de atendimento] de 29 [segundos] e a Voc. [vocalização] de 84,00[segundos]”. Mas a estratégia mais visível adotada por algumas empresas encontra-se na publicação dos nomes dos operadores mais produtivos para o modo ativo e receptivo, por turno.
- O *script* ou fraseologia indica rigidamente a conduta do operador no diálogo com o cliente, nas modalidades ativa e receptiva. A sua utilização correta é rigorosamente avaliada pela

monitoria de qualidade ou por supervisores, ou mesmo por “clientes espiões”. Porém, em situação real, variações e solicitações podem não estar previstas. Por prestar serviços para diferentes localidades do país, o teleoperador tem de lidar com uma série de diferenças culturais e regionais, mantendo a fraseologia-padrão. Muitos operadores mencionaram o fato de serem constantemente criticados por clientes de outros estados, por conta do sotaque local. O *script* indica não apenas a prescrição de frases, mas a modulação do discurso, ao fomentar o uso de artifícios que simulam emoções na fala, como o “sorriso na voz” (Guená, 2009), ou o estabelecimento de normas, como a proibição do uso de gírias e de desligar o telefone antes do cliente.

Muitas empresas não possuem programa de prevenção de doenças e agravos relacionados ao trabalho, nem realizam a Análise Ergonômica do Trabalho (AET). Todas elas dispõem de Serviços de Medicina do Trabalho, que realizam rigorosos exames médicos admissionais, para impedir a admissão de operadores com qualquer sinal ou condições favoráveis à ocorrência de LER, disfonias e outras patologias crônico-degenerativas. Tais serviços realizam exames médicos periódicos, cuja função predominante consiste em identificar doentes na fase precoce para, em seguida, demiti-los, além de exames “demissionais” que, contrariamente ao exame admissional, evitam diagnosticar doenças, sobretudo as ocupacionais, com a finalidade de facilitar a demissão e evitar encaminhamento ao sistema previdenciário, em conformidade com o modelo clássico de medicina do trabalho taylorista (Davezies *et al.* 1998).

A organização do trabalho nos *call centers* observados é centrada em técnicas gerenciais que visam à intensificação do trabalho a qualquer custo, para elevar a rentabilidade da empresa. Nessa perspectiva, o modo gerencial se configura no estabelecimento de um conjunto de metas essencialmente quantitativas, fundadas em indicadores de tempo referenciados em segundos. O

tempo médio de atendimento (TMA) receptivo para cada ligação atendida ideal seria de 22 segundos para serviços como o 102, ou de 120 a 360 segundos para clientes especiais, para evitar o cancelamento de contas bancárias, de cartão de crédito ou de linhas telefônicas. No serviço 102, é comum o operador atender 600 a 800 ligações por seis horas de trabalho (principalmente se as chamadas forem originadas de telefone público), considerando as folgas para lanche; ou, em média, 100 atendimentos para “clientes especiais”. O número de toques realizado em uma chamada de ligação padrão para o 102 gira em torno de 50 a 60 toques por atendimento, o que pode alcançar 8.640 toques por hora. Esse valor é próximo ao limite proposto pela Norma Regulamentadora n. 17. Deve-se considerar que essa atividade de digitação ocorre de forma simultânea com o uso da voz e dos olhos, na atenção às sucessivas telas utilizadas no atendimento, o que causa estresse crônico, pausas insuficientes, dentre outras situações precárias. A atividade de digitação mantém um número de toques próximo ao limite normativo, porém esse contexto agrava a carga de movimentos repetitivos, transformando-a em risco importante para o desenvolvimento de LER nos teleoperadores.

O atendimento é acelerado, e existe a necessidade de realizar movimentos repetitivos como: digitação, uso de *mouse* e mudanças de telas, com carga intensa para membros superiores; leitura rápida de telas no computador, com forte exigência para os olhos; aparelho fonador com uso da voz moderada com diálogo controlado pelo *script*. Exige-se ainda o controle emocional ou a gestão emocional, conforme Hochschild (1979), para realizar diálogo sempre do mesmo modo prescrito, mantendo sempre alta concentração e esforço físico em um trabalho pobre em conteúdo.

No serviço 102, a empresa estabelece o TMA menor que 30 segundos por cliente. Quando o operador encontra-se com TMA acima do previsto, avisos, alertas de todo tipo lhe são dirigidos pela gerência para reduzir seu TMA por meio da acele-

ração do ritmo de trabalho. Na esfera coletiva, o operador com TMA elevado, acima do previsto, é constrangido de diversas formas, por meio de expressões, cartazes, mensagens que o culpabilizam por dificultar à equipe atingir a meta desejada.

O trabalho prescrito é definido por meio de *scripts* que determinam os padrões de diálogos com o cliente e condutas no desempenho do serviço. Integra a prescrição de condutas estabelecidas em normas gerais de comportamento, para evitar conversa com os colegas ao lado, não alterar a voz com o cliente, não responder a agressões, não deixar o cliente em espera sem lhe solicitar que aguarde durante alguns segundos, etc. Essas limitações representam especificidades do controle emocional no trabalho do operador. O *script* ou fraseologia, cuja utilização correta é rigidamente avaliada pela monitoria de qualidade, gera conflitos no uso cotidiano, pois aspectos culturais, condições sociais ou solicitações de clientes não estão previstas. O teleoperador tem de lidar com uma série de diferenças culturais e regionais, mantendo a fraseologia-padrão, apesar de lidar com clientes ou usuários de diversas localidades do país. Muitos clientes de outras regiões criticam operadores por conta do sotaque. Esses parâmetros, assim como o respeito ao tempo de pausa são pontuados na avaliação de desempenho. Toda a estratégia organizacional da empresa se concentra no indicador do TMA como forma de acelerar o trabalho no menor espaço de tempo, mesmo em detrimento da qualidade de atendimento, apesar do objetivo explícito de satisfazer o cliente.

Conforme Vilela e Assunção (2004), os mecanismos de controle do trabalho a que são submetidos os operadores são variados: controle do tempo, do conteúdo, do comportamento, do volume de serviços realizados e dos resultados obtidos. Para o controle do comportamento no trabalho, as empresas estudadas realizam acompanhamento gerencial direto, como o “pan-óptico”, ou seja, a visão geral do ambiente, gerado pela estrutura arquitetônica que permite vigiar diretamente cada ilha de trabalho pelo supervisor de equipe, assim como pelo gerente ao dispor de visão geral de todo salão de ilhas

(Coriat, 1991). Agregam-se ainda estratégias indiretas, como evitar a formação de grupos de amigos entre os operadores, tanto na empresa como fora do trabalho, por exemplo, evitar festas conjuntas para dificultar a formação de vínculos de solidariedade entre os próprios operadores. O controle do trabalho é facilitado pelas tecnologias informáticas, gravação digital dos diálogos e computação de dados como o TMA, que se adicionam aos sistemas de câmaras ópticas analógicas. Os tempos são rigidamente controlados, adotando-se o próprio aparato técnico como meio para obter os valores necessários ao controle dos critérios estabelecidos.

Essas empresas de *telemarketing* se caracterizam por uma modalidade de trabalho considerada como serviço, que se afirma socialmente pela realização de “uma atividade do prestador em um suporte que pertence ao beneficiário” (Orban, 2005, p.18), ou que poderá pertencer, no caso das práticas de *telemarketing* ativo para a venda de produtos. Trata-se, no entanto, de atividade com relacionamento à distância, em consequência das tecnologias comunicacionais inerentes à telemática. Essas atividades levam à exigência de capacidades com características próprias do processo de trabalho, envolvendo a simultaneidade da relação com clientes. Dessa condição, surgem peculiaridades nas relações de serviço, como avaliação rápida do beneficiário ou cliente; compreensão e interpretação do pedido por meio da linguagem e da análise situacional do cliente, a qual pode ser uma relação de co-construção ou construção simultânea com o beneficiário (Orban, 2005). Isso ocorre quando o cliente se interessa pelo produto oferecido, no caso das práticas ativas, ou quando requer a informação, no caso das práticas receptivas. Esse produto do processo de trabalho resulta em co-construção à distância.

Nessa perspectiva, o serviço de *telemarketing* é entendido como suporte que não pertence ao prestador de serviço, o qual pode ser: comprador; utilizador; usuário que realiza serviço sobre um bem (conserto, manutenção, transporte etc.); gestor de



capital na forma de dinheiro, títulos monetários, seguros; saúde; suporte intelectual, relacional; informação sobre serviços ou produtos oferecidos, etc. Todavia, o serviço realizado nem sempre decorre de uma co-construção, e sim de antagonismos cujos resultados não geram produtos, mas conflitos. Por decorrência, no *telemarketing* como suporte, conflitos podem ocorrer na esfera do consumo imediato do produto ou na relação com a empresa-cliente. O teleoperador é central nessa triangulação e, ao mesmo tempo, receptor das tensões geradas pelos antagonismos frequentes nessas relações próximas, mas de natureza virtual.

### CLIENTE IDEAL

“O cliente ideal é o que fala pouco, objetivo, vai direto no que quer e não fica puxando conversa, e com isso não perde tempo e não aumenta o TMA” (Ce.). Essa expressão da operadora de *telemarketing* indica o condicionamento do *script*, que projeta um modelo ideal de cliente para a empresa. Procura-se fortalecer a perspectiva de um diálogo condicionado pelo programa da empresa com cartazes em áreas visíveis que dizem “Eu atendo sem blá, blá, blá”. Essa indução comportamental se complica na nossa realidade, em que muitos clientes não são alfabetizados ou são analfabetos funcionais e desconhecem a lógica matemática formal que representa a matriz do código binário cibernético, com seus signos e condutas. Nesse sentido, há clientes que fogem do *script* como: dificuldade em expressar endereços completos; apresentação de pontos de referências informais, que estão fora dos mapas urbanos ou rurais; indicação de nome incorreto do que desejam; discursos não-lineares; falta de controle emocional quando há riscos; apresentação de informações desnecessárias, dentre outros. Isso cria ruídos na comunicação que aumentam o TMA e tornam a relação tensa com o teleoperador.

A empresa requer uma relação entre pessoas sem diversidade cultural, afetividade, e demais

incertezas contidas na interação social, tanto para o operador quanto para o cliente. Elimina possibilidades de relações lúdicas, afetivas e outras que poderiam surgir na relação entre cliente e consumidor, uniformizando o comportamento do cliente e do trabalhador com uma conduta disciplinar rígida, sob a dupla lógica cibernética e taylorista. O cliente se submete a uma racionalidade de fluxo de ligações que o orienta na digitação de opções de serviços. Esse percurso implica a compreensão das palavras utilizadas que, muitas vezes, não fazem parte do cotidiano da sua linguagem. Portanto, a conduta cibernética não contempla a realidade dos diálogos, o que gera conflitos pela imposição de relação mediada por uma linguagem diretiva, objetiva e desumanizada. Estabelece-se, aí, mais do que a contradição entre o trabalho prescrito por meio dos *scripts* e a dimensão real: há uma prescrição indireta para o cliente.

No entanto, essa conduta da empresa em estabelecer o marco do diálogo não é passiva, pois há um contingenciamento técnico operacional que induz o cliente a organizar sua demanda e diálogo segundo o modelo cibernético de comportamento. O cliente não necessariamente se enquadra na prescrição comportamental da empresa e desenvolve suas estratégias de adaptação ou de atividade real (Schwartz, 2003). O diálogo se estabelece nessa interação mediada entre duas contradições: entre o prescrito e o real na interface entre as relações de trabalho e consumo, mediadas pela telemática.

A conduta cibernética, além de facilitar a introdução de voz robótica, fundada na matriz da lógica formal, impõe ao cliente tarefas virtuais sem que ele perceba. A primeira se refere ao uso do cliente como suporte gerencial para acelerar e controlar o trabalho do teleoperador. Esse modelo não é novidade no terciário, pois se trata de transferir tarefas para o consumidor, cuja modalidade exemplar é o autosserviço. Nesse sentido, o cliente ao fazer uso de serviço de *telemarketing*, vigiará o trabalho do teleoperador. Essa função já foi estudada no setor de supermercados, bancos e outros, em que o cliente na fila tem a tarefa não explícita de

vigiar o trabalho do operador de caixa (Pena; Thébaud-Mony, 2005; Rémy; Orban; Mouillet, 2005). No caso do setor de *telemarketing*, essa forma se caracteriza por uma televigilância efetuada pelo cliente sobre a qualidade do atendimento e do ritmo de trabalho do teleoperador como suporte ou ajuda ao sistema gerencial, com o apoio da gravação dos diálogos feita regularmente para controle administrativo aleatório ou regular do desempenho do funcionário.

A outra tarefa consiste na avaliação pelo cliente do trabalho do teleoperador com o propósito de estimular uma melhor qualidade no atendimento. No entanto, essa avaliação, com notas ao final do atendimento, coloca o cliente em uma relação de superioridade com o operador. Isso fragiliza o operador quando é agredido pelo cliente – seu avaliador – em conflitos resultantes de demandas que estão fora das prescrições ou da sua governabilidade.

Essa duas funções convergem para o uso do cliente como um importante controlador e acelerador do trabalho do teleoperador. Isso significa que o cliente, sem saber, se insere no complexo de causas do modo nocivo de gerenciamento das empresas de *telemarketing*. O cliente se transforma em suporte da gestão taylorista do trabalho, como instrumento ativo no condicionamento de situações prejudiciais à saúde. A aceleração do trabalho representa riscos para a saúde do trabalhador. Por esse motivo, verifica-se, no setor de *telemarketing*, a produção do cliente-risco para saúde, em que a sua conduta ciberneticizada, independente da sua vontade, pode resultar em danos ao trabalhador.

Caracteriza-se, no *telemarketing*, a condição de cliente com funções gerenciais e estressoras como condição de risco de doenças relacionadas ao trabalho. O cliente, ao fazer ou receber uma ligação de um operador de *telemarketing*, vivencia temporariamente o exercício de atividades taylorizadas, prescritas e organizadas para a execução de tarefas em espaços virtuais na modalidade de teleatendimento, particularmente quando solicita o serviço denominado *help-desk*. Nes-

se caso, o cliente deve agir como ajudante de técnico em eletrônica ou em computador e seguir a prescrição do teleoperador para diagnosticar defeitos em equipamentos ou ajustar parâmetros de funcionamento de sistemas. Com a orientação do teleoperador, o cliente passa informações sobre defeito ou disfunção do produto adquirido, mantendo a visita técnica nos casos sem sucesso. O cliente realiza tarefas prescritas pelo teleoperador, em conformidade com o esperado. Deve entender a linguagem indicada nos equipamentos e acessórios para seguir competentemente as prescrições do teleoperador. Esse conceito pode se caracterizar como um tele autosserviço e implica a transferência de tarefas para o consumidor de forma semelhante ao que ocorre em supermercados, restaurantes e outros serviços.

Nos postos de trabalho dos operadores de *telemarketing*, emerge a dimensão do espaço virtual e do teletrabalho, em processos interativos virtuais (no sentido digital) em uma relação sincrônica com o cliente. No teleatendimento, a fila é, conseqüentemente, virtual e, em toda ligação, o operador é avaliado pelo cliente. No aspecto relacionado a essa avaliação do trabalho, Zarifian (1999) considera que o serviço prestado define o resultado e a maneira pela qual foi alcançado e julgado em função de valores, ou seja, avaliado pelos atores sociais individuais e coletivos. Dessa forma, a avaliação do operador representa outra atividade administrativa transferida ao cliente e pode causar impacto no ritmo de trabalho e, conseqüentemente, na saúde do trabalhador.

Em adição à avaliação de produtividade com base no TMA, o gerente ou supervisor pode ouvir sigilosamente, a qualquer momento, o atendimento realizado pelo *teleoperador*, além de dispor de gravações selecionadas aleatoriamente. Por isso, a queixa de um cliente sobre o ritmo de um operador de *telemarketing*, quando identificada, pode trazer sérias conseqüências, inclusive ameaça de desemprego. Para o teleoperador, essa situação é estressante, pois seu trabalho é avaliado a todo instante. Com isso, o cliente, nessa tarefa, é induzido a se tornar um agente “estressor”

do operador de *telemarketing*, tornando-se, inconscientemente, um cliente-risco para a saúde.

A comprovação da execução dessas tarefas gerenciais pelos clientes se verifica quando a própria empresa de *telemarketing* ou a empresa que contrata seu serviço decide utilizar o denominado “cliente-espião” ou “cliente-policia”. Nesse caso, trata-se de um supervisor da empresa que assume secretamente a função cliente com demandas estabelecidas e utiliza o serviço. Com essa estratégia, o supervisor ou gerente executa diretamente sua função de avaliar serviços e as atividades dos teleoperadores. Obviamente, haveria a necessidade de grande quantidade de “clientes-espiões” não fosse a transferência dessa tarefa para o cliente comum. A necessidade do cliente-espião comprova o uso do cliente na tarefa gerencial, uma espécie de autosserviço não-autorizado. O exemplo na narrativa seguinte ilustra essa estratégia:

Havia funcionários do banco designados a fazer esse tipo de teste [cliente-espião]. Ele se passava por um cliente normal. E aquele atendimento poderia levar você até um elogio formal ou ao desligamento. Era frequente. Segundo a supervisão era frequente. Mas nós não tínhamos essa noção de quantas ligações eram feitas, os horários que eles faziam... Só tivemos algumas noções de desligamento em decorrência disso. (Di.)

O teleoperador não sabe se o cliente é real ou um espião agindo clandestinamente, e isso o faz manter-se em estado de vigilância permanente. Do ponto de vista do cliente, violenta a perspectiva de solidariedade para com o trabalhador devido à desconfiança inscrita na organização do trabalho. Essa condição estabelece uma hierarquia que mantém o cliente com poder intermediário superior ao trabalhador e inferior em relação ao supervisor. Clientes utilizados na execução de tarefas gerenciais de aceleração do trabalho são encontrados em outros setores, a exemplo de supermercados, bancos e correios.

A carga de tarefas prescritas para o cliente se soma ao próprio estresse da sua demanda, agravando possibilidades de conflitos: cliente estressado gera tensão no operador de *telemarketing*. Mas essa

possibilidade de teleagressão se soma a outra característica desse setor, qual seja a emergência de riscos para a saúde do trabalhador na sociedade em redes.

## AGRESSÕES ENTRE HIPERCORPOS CIBERNÉTICOS VIRTUAIS

As primeiras formas de LER foram descritas em 1700, por Ramazzini (1999), em artesãos escribas e notários que utilizavam técnicas simples, como canetas, para escrita. O artesão se autogerencia na organização do seu trabalho e na aceleração do ritmo em função das demandas sociais. Com a invenção da máquina de datilografia, das linhas de produção e do computador, novos condicionantes técnicos conformaram exigências do corpo com repercussões particulares nos modos de desenvolvimento das LER e de outras patologias do trabalho. Porém o telégrafo, a telefonia e a internet agregaram técnicas comunicacionais à distância, que, associadas à simultaneidade na relação com clientes, trazem novas percepções subjetivas do corpo e no modo de relacionamento, as quais se refletem em particularidades no processo de adoecimento.

O operador de *telemarketing* está alocado em um posto de trabalho que deve ser compreendido no âmbito subjetivo e na sua relação como universo virtual em redes de telecomunicação. Na sociedade em rede, esse trabalhador se relaciona com pessoas em qualquer lugar, em tempo real, com técnicas inscritas nas redes sociais de teleinformação que amplificam sistemas sensoriais e comunicacionais do seu corpo. A primeira esfera de representação dos atores em comunicação não tem referencial sensorial real, exceto no plano da voz. As redes informático-informacionais e comunicacionais ampliam o corpo biológico, fazendo-o operacionalizar uma espécie de hipercorpo (Lévy, 1998) alocado no espaço virtual das redes sociais, com ações que podem abarcar dimensões na esfera do próprio planeta. O corpo virtual emergiu com a linguagem e, na era moderna, “... nos

associamos virtualmente a um só corpo com os que participam das mesmas redes técnicas e médicas.” (Lévy, 1998, p.31). A subjetividade inerente a esse hiper corpo cibernético geralmente é inculcada sem reflexão individual ou coletiva, numa população de centenas de milhões de pessoas das redes sociais da internet. A análise de processos nocivos que impõem riscos de morbidades necessita considerar não apenas o biológico e o social real ou o subjetivo na esfera da virtualidade da linguagem, mas essa nova expressão do virtual na “extensão do corpo”, inscrita no ciberespaço. No caso, trata-se do hiper corpo do trabalhador.

O operador de *telemarketing* se insere na rede virtual, assumindo uma espécie de hiper corpo sem pré-reflexão, ao afirmar, por exemplo, que “*necessita entrar na mente do cliente para vender o produto*” (Ta.), sem perceber que não há interação face a face, e sim mediada pelo espaço cibernético das redes virtuais. O operador se comunica com o cliente, o que significa falar e ouvir em distâncias desconhecidas, analisar seus hábitos de consumo e desenvolver estratégias de sedução para a compra do produto, sabendo que ele está refletindo sobre a sua oferta. Essa comunicação se faz numa distância desconhecida, propiciando a emergência de interações entre hiper corpos ou corpos tecnicamente expandidos do cliente e do operador. O sistema técnico operacional se integra ao próprio corpo de ambos como se fosse uma extensão das técnicas biológicas dos aparelhos fonador e auditivo. São técnicas que extrapolam o plano físico do corpo e adquirem expressão virtual cibernética.

Conflitos na rede virtual, nessa era de cibercultura, agregam novas indagações nos processos de adoecimento, ainda desconhecidas. A proximidade da relação entre cliente e trabalhador é uma característica do processo de trabalho no setor serviços, o que condiciona doenças do trabalho, acidentes e agressões (Pena; Thébaud-Mony, 2005). No caso do *telemarketing*, há uma relação social virtual com operações de hiper corpos. Essa relação é, simultaneamente, de proximidade e de distância, e esse detalhe necessita de exame na análise das condicionantes do adoecimento no trabalho. Na

relação presencial ou pública, ou semipública, segundo Goffman (2010), há uma interação face a face ou imediata, em que o comportamento social segue regras formais e informais de etiquetas e juízos de valores que influenciam a conduta dos atores, entendidos por meio de um “sistema natural fechado” ou um modelo de ordem social que contém normas morais.

Formula-se a hipótese, a partir das análises das narrativas e das observações realizadas, de que esse modo de comunicação à distância favorece a agressividade entre cliente e operador quando há conflitos no processo. E conflitos não faltam, pois a estratégia das empresas em prender o cliente na sua base a qualquer custo e aplicar práticas estelionárias de invenção de tarifas e modificação de planos etc. as colocam nas mais altas frequências de queixas do consumidor. Em um diálogo presencial entre atendente e cliente, os atores envolvidos interagem por meio dos órgãos dos sentidos em ambientes públicos com mensagens linguísticas e extralinguísticas em arranjos simétricos ou assimétricos de comunicação (Goffman, 2010).

Quase toda a população da sociedade atual usuária de serviços de *telemarketing* já vivenciou conflitos com operadores desses sistemas. A relação presencial no posto de trabalho típico envolve uma série de ritos, representações e significados mediados por todos os sistemas sensoriais que condicionam a relação em espaço público. O “olhar de ódio” no engajamento de face, o respeito às expressões corporais compõem um conjunto de percepções na comunicação sujeitas às etiquetas e normas comportamentais (Goffman, 2010) que tendem a inibir situações agressivas nas relações presenciais e públicas, diferentemente das virtuais, mediadas apenas pela comunicação oral. Nesse sentido, há mais elementos inibidores de impulsos agressivos na relação presencial quando comparada à comunicação que envolve apenas a voz percebida à distância. Assim, o comportamento do cliente virtual possui menos instrumentos de contenção de agressões e, por parte do operador, a conduta imposta pelo *script* desconsidera esse universo, com etiquetas fluidas que podem ser

insatisfatórias na manutenção de certa ordem social. Por parte do operador, a situação é semelhante: “... *bota no mute* [recurso que impede o cliente de ouvir a conversa do operador] e *aí começa a xingar o cliente. Sabe? O cliente não tá ouvindo, mas tá descarregando ali. [...] O pessoal costuma... Bateria, xingava, gritava o cliente, mas o cliente não ouvia nada...*” (An.). Essa conduta constitui um exemplo de conflito possível apenas no meio virtual, com uma reação de agressão ao cliente e, simultaneamente, de defesa do operador. Obviamente, na relação presencial não existe essa facilidade de agredir o cliente, mesmo que seja como estratégia de defesa. A dificuldade na contenção de agressões (algumas empresas proibiram o “*mute*”) aumenta a tensão no cotidiano desse modo de trabalho. As agressões e o estresse pós-traumático (diagnosticado no serviço médico do Sindicato e relatados nas entrevistas) inscritos na relação virtual entre cliente e teleoperador se inserem no cotidiano dessa interação entre hipercorpos que se teleagridem.

Tais condições agravam doenças latentes e geram impactos invisíveis na saúde do trabalhador e do consumidor. O operador de *telemarketing* sabe quando a fila virtual está grande e procura atender mais rápido para evitar ou reduzir conflitos com clientes fatigados da espera. Por isso, essa tensão acelera o trabalho e, portanto, o ritmo, os movimentos repetitivos e o estresse. Por consequência, na esfera da fila virtual do atendimento à distância, circunstanciada pelo modelo gerencial que determina uma relação entre operador e cliente, assim como na fila presencial, a aceleração das atividades aumenta risco de LER e de doenças psicossomáticas. Muitos desses efeitos perversos são desconhecidos e resultam de revoluções técnicas que mudam continuamente as formas de telerrelacionamento. A base estrutural do desenvolvimento de tecnologias utilizada nas empresas – na esfera da cibercultura – cria novas formas de trabalho, facilita a precarização do trabalho e muda modos de relacionamento com o cliente. Por exemplo, a perspectiva do uso de computador por comando de voz assim como a difusão do videofone agregarão o deslocamento de riscos no corpo dos teleoperadores, dos membros superi-

ores – mãos, punhos e dedos – para o aparelho fonador, para as articulações têmporo-mandibulares e para o aparelho auditivo. Agregadas às práticas gerenciais e a essas revoluções tecnológicas, variadas formas de adoecimento terão visibilidade, além das já conhecidas afecções musculoesqueléticas e dos transtornos psíquicos. Além de o videofone implicar a emergência, para os teleoperadores, da relação face a face, mesmo que virtual, seu uso condicionará novos riscos para a saúde decorrentes do uso de produtos estéticos (alergias ocupacionais, disseminação de infecções pela troca de produtos etc.), associados à anorexia ou à hiperexia (principalmente em homens), pois eles necessitarão manter os corpos nos padrões estéticos dominantes. Nesse caso, a gestão emocional (Hochschild, 1979) não alcançará apenas a voz, mas a expressão facial e gestos em geral.

A terceira dimensão gerencial (a primeira se faz pela empresa de *telemarketing*, a segunda pela empresa-cliente) decorre da vigilância do Estado ou da cirbervigilância do trabalho, originária do quadro normativo. As instituições públicas, como a ANATEL, ao supervisionarem o trabalho das empresas de *telemarketing*, consideram apenas a legislação de defesa do consumidor e desconsideram a legislação de defesa da saúde do trabalhador. Por decorrência, ao pressionarem as empresas para cumprirem normas de defesa do consumidor, adicionam tensões que as gerências repassam para o operador de *telemarketing*.

Tem um dia estratégico para todos os supervisores, que é a medição da Anatel, que o grupo deles deve estar todo alinhado com a medição; nenhum [OPERADOR] pode estar deslogado. Todo mundo logado pra eles é melhor, porque a qualidade dele sobe, aí vem uma renda extra pra empresa, pra ele também. Isso acontece uma vez no mês. Tem que ficar ali sentado. [...] É. É parceria [entre a ANATEL e a empresa]. Tudo é parceria. No dia da medição, todos são obrigados a fazer hora extra pra poder manter... No atendimento, o cliente não pode ficar esperando mais de seis segundos na linha, no dia da medição. Muitos são exigidos demais e têm medo de perder emprego e tudo. Aí, o que é que acontece? Passam mal, têm depressão, ou então tem aquele... Ó, meu Deus, como é o nome? A síndrome... [a síndrome do pânico] Eles já andam assustados com isso tudo. (Di.)

Essa terceira dimensão gerencial, feita pela ANATEL, concentra-se apenas na proteção do cliente. Na prática, adita-se à pressão da demanda dos clientes e eleva a carga de trabalho recebida pelo operador de *telemarketing*, tornando mais complexa a análise das condições de trabalho e da saúde do operador. Considerando que o método taylorista se concentra na intervenção na organização e nas formas de controle do homem no trabalho,<sup>5</sup> essa pressão ao cubo justifica a hipótese de a organização dos métodos de trabalho “hipertaylorizados” (Lipietz, 1997) gerar perfis extremamente elevados de morbidade.

Nesse sentido, para a prevenção das LER no setor de *telemarketing*, existe a necessidade de articular a proteção do consumidor e da sua saúde em conjunto com ação preventiva no âmbito da saúde do trabalhador. Essa prática representaria uma primeira aproximação desses dois campos que raramente dialogam. A proteção da saúde do cliente envolveria a redução do estresse e das tensões geradas pelas estratégias de *marketing*. Essa ergonomia do produto, em consonância com a ergonomia aplicada à proteção ao trabalhador, unificaria esses dois campos em torno da preservação simultânea da saúde do trabalhador e do consumidor.

### **ESTIGMA DAS LER: a construção social de estratégia gerencial**

Cinco operadoras de *telemarketing* portadoras de LER tiveram o benefício da Previdência Social cessado e retornaram à empresa. Não houve estudo para adequar as condições de trabalho de cada uma delas às tarefas, de modo a permitir a reinserção segura no trabalho. A empresa colocou

essas funcionárias em área isolada das ilhas de trabalho, sem assentos suficientes, o que exigia revezamento para evitar o cansaço; não delegou tarefa alguma a essas funcionárias, que deveriam cumprir toda a jornada nessa condição. No entanto, o mais importante dessa estratégia se configurou no fato de elas serem colocadas em área de grande circulação, de modo a permitir que os teleoperadores e supervisores visualizassem as “doentes”, em uma exposição deliberadamente pública.

Essas funcionárias foram expostas como incapazes e improdutivas em cenário apropriado, para inibir a procura do diagnóstico e do reconhecimento previdenciário das doenças do trabalho. Foi o único momento em que a visibilidade da doença na empresa se fez presente na forma de exposição pública punitiva do doente, tornando-o culpado por estar improdutivo em meio a uma população de supostos hígidos.

O suplício pela exposição pública foi de tal magnitude, que uma funcionária desenvolveu forte ideiação de suicídio a ser levado a termo na empresa, como forma de protesto extremo. Essa possibilidade gerou intervenção rápida do sindicato e da equipe de pesquisa, providenciando imediatamente um suporte psicológico especializado, o que evitou a efetivação da promessa: “*Eu não aguento mais e vou acabar com minha vida lá*”.

A relação entre trabalho e suicídio é antiga no Brasil. Os escravos se suicidavam como reação desesperada contra a violência imposta pelo regime de cárcere, com a destruição de laços familiares e suporte cultural, castigos públicos, mutilações e humilhações. O banzo (depressão pela saudade da África) e o suicídio eram formas de reação ao escravismo em situações de falta de alternativas de liberdade e de melhoria das condições de vida. Recentemente, repercutiu a série de 22 suicídios ocorridos no processo de reestruturação da FRANCE TELECOM, maior empresa de telefonia da França. A relação entre suicídio e trabalho se estabeleceu com força após esses casos, relacionados às pressões externas e à perspectiva de desemprego, cujo resultado foi o

<sup>5</sup> Na dimensão microindustrial, o fordismo (microfordismo) representa, predominantemente, a aplicação da racionalidade cibernética da organização da técnica do trabalho, enquanto o taylorismo responde pela intervenção na organização do homem no trabalho, subordinando-o ao complexo técnico (Lipietz, 1997). O fordismo redesenhou o método de produção da primeira revolução industrial ao transformar o espaço da fábrica em uma grande máquina, na qual incluí o ser humano como mero suplemento na engrenagem cibernética.

primeiro reconhecimento de suicídio relacionado ao trabalho pelo sistema previdenciário na França.

Os agrônomos nos séculos XVIII e XIX recomendavam que todo o castigo aplicado aos escravos fosse público, pois mais importante do que o sofrimento e mesmo o sacrifício de um indivíduo era o exemplo para os outros que assistiam, para gerar o medo coletivo e condicioná-los à subserviência extrema (Marquese, 2004). No caso da empresa de *telemarketing* na Bahia, a exposição pública representava mais uma forma de punição da sua estratégia gerencial para as portadoras de doenças do trabalho, tornando visível a ameaça aos outros do que poderia lhes suceder caso utilizassem o expediente de procurar direitos previdenciários quando acometidos por doenças do trabalho. Mais ainda: segundo relato das funcionárias submetidas a esse rito, a expectativa da empresa era de que elas voluntariamente se demitissem ao sentir sintomas de LER ou de distúrbios psíquicos menores e, desse modo, facilitar o expurgo de doentes, método realizado rotineiramente por meio dos exames médicos periódicos.

Para a empresa, os portadores de LER representam um perigo à obtenção de lucros a qualquer custo social e de saúde. Por isso, o estigma representa um extraordinário suporte na sua estratégia gerencial. Isso explica essas formas dissimuladas de suplício público de doentes como uma das modalidades de composição da construção social do estigma da LER. Elas, no seu conjunto, articulam as técnicas tayloristas clássicas de exigências de trabalho cronometrado e acelerado, submetido a ritmos extremos de produção, com estratégias médicas de negação técnica da enfermidade e de produção de ambientes de trabalho limpos de doentes, por meio de diversas modalidades de expurgo.

As metáforas sobre a doença, o estigma ou preconceito são construções sociais e históricas. A noção de estigma tem raízes na Grécia, onde os gregos criaram essa terminologia para designar

as marcas corporais destinadas a expor o que havia de incomum e detestável em relação ao status moral da pessoa marcada. Estes sinais eram gravados no corpo com faca ou ferro em brasa e proclamava que aqueles que os portavam eram escravos, criminosos ou traidores... e deveriam evitar todos os lugares públicos. [tradução livre] (Goffman, 1975, p.11).

Posteriormente, o termo passou a ser amplamente utilizado não apenas para sinalizar “marcas corporais”, mas para descrever atributos de sua identidade social não somente relacionados ao “status social”, mas também aspectos estruturais como “ocupação” (1975).

Lepre,<sup>6</sup> epilepsia, tuberculose, loucura e, mais recentemente, a AIDS exemplificam doenças em que, em muitas situações, o estigma como experiência de doença representa mais sofrimento do que sinais, sintomas e limitações da esfera biológica. O estigma relacionado a cada uma dessas doenças resultou de especificidades históricas e técnicas sobre conhecimento de causas, terapias e modos de acometimento de grupos sociais. As LER foram descritas há três séculos, porém as referências históricas ao estigma são recentes e coincidem com a emergência dessa enfermidade como doença do trabalho mais prevalente e incapacitante no mundo do trabalho.

As práticas médicas de diagnosticar, tratar e prevenir doença são deslocadas, na empresa, pela ação voluntária do médico em negá-las,<sup>7</sup> desqualificá-las e utilizar da própria autoridade técnica para sugerir que o paciente dissimula, fabula ou alucina ao relatar os sintomas e sofrimentos em relação às LER. Trata-se de uma inversão da prática médica, porém extremamente integrada ao modelo taylorista de gestão, que articula várias outras estratégias de exclusão de doentes do espaço da empresa, como contratação ape-

<sup>6</sup> Medida importante tomada no Brasil foi a substituição da denominação Lepre por doença de Hansen, exatamente para proteger os doentes do estigma. Os países desenvolvidos que erradicaram a Lepre continuam utilizando o mesmo nome, pois não há mais doentes para protegê-los do estigma.

<sup>7</sup> Embora isso ocorra com frequência na prática de medicina do trabalho, essa conduta inverte a essência da relação médico-paciente, ao violar princípios éticos e hipocráticos milenares como o da beneficência e não-maleficência, ou seja, a função essencial do médico é diagnosticar e tratar doenças, e não o contrário.

nas de trabalhadores hígidos, identificação de portadores de doenças do trabalho nos exames periódicos e sua consequente demissão (encaminhamento para a Previdência Social apenas nos casos de pressão social dos Sindicatos ou em eventuais ações de instituições públicas). A tudo isso, já descrito na literatura científica, soma-se à técnica de induzir o paciente a acreditar que ele imagina sintomas quando sente dores, dormências, limitações de movimentos ou outros sintomas ligados às LER. Esse discurso médico-empresarial não é dirigido apenas ao doente, mas a todos que frequentam serviços médicos, reuniões gerenciais, palestras e grupos sociais nas empresas, pois é essa a principal função do médico nesse modelo gerencial: o de dar o suporte técnico de construção do estigma da LER no espaço da empresa.

E o próprio médico da empresa... Ele achou que eu estava mentindo. Ele tocou em mim e disse que meus exames poderiam dar normais.<sup>8</sup> É melhor você voltar [retornar do INSS]. E eu fiquei nervosa. Ele querendo dizer que eu estava mentindo. Tanto que eu até chorei na hora e disse: não estou mentindo! [fala chorando]. Eu estou realmente sentindo dores. (Lu).

Desespero, lágrimas, perplexidade e angústia resultaram em reações comuns dos pacientes ao circularem na empresa, no INSS e no sindicato. Aspecto importante é que esses pacientes sempre portavam os resultados dos exames médicos para atestarem cotidianamente a veracidade da enfermidade como estratégia de defesa diante da dúvida imposta pela empresa, pela perícia médica e mesmo por colegas e familiares. *“E meu irmão me deu assim uma reclamação de eu parar de ficar levando meus exames para ficar mostrando às pessoas que eu estou doente, entendeu?”* (Va.). Existe parcela pequena de simuladores de doenças para usufruir dos benefí-

os sociais, principalmente os securitários.<sup>9</sup> Porém utilizar o pressuposto de que todos são simuladores ou estelionatários violenta não apenas o sujeito doente, mas o sujeito ético, que tem seus valores desconstruídos por prejulgamentos e preconceitos, como exemplifica a narrativa:

Tem dia que fazer isso assim, fazer isso [realiza um movimento de segurar um papel] parece impossível segurar um papel, parece impossível. Parece que você está pegando cem quilos. Quando a gente fala isso para o perito, ele acha que a gente está mentindo. Eu sempre fui educada por uma família humilde, fui educada para não mentir. Porque quando a verdade for descoberta, aí a vergonha vai ser muito maior. Então assim, isso dói. É tanto que todos os lugares que eu vou hoje, eu ando assim com os exames. (Vi.)

Das nossas observações e das narrativas analisadas, verifica-se o modo de construção social do estigma como algo associado ao modelo gerencial das empresas de *telemarketing*. Há uma extensão social do estigma do trabalho para a residência, para os serviços médicos e instituições públicas, principalmente Previdência do Social e Ministério do Trabalho. Entretanto, o estigma das LER é uma construção social centrada, fortalecida e originada na empresa.

A construção do estigma das LER é facilitada pela preservação do corpo, principalmente da estrutura muscular e articular, que geralmente não revelam sinais de enfermidade, exceto quando ocorrem edemas e deformidades ósseas em situações mais graves:

As pessoas só acreditam no que vê. Então, às vezes, duvida que você esteja tão doente. Porque não é brincadeira! Quando a gente vê a doença [doença com sinal corporal aparente] até acredita, porque o impacto é maior. E quando o ser humano está só reclamando? Às vezes acham que é um pouco de exagero. Houve pessoas da família mesmo, como irmãos e amigos, que duvidavam do que estava acontecendo. Às vezes

<sup>8</sup> Essa paciente possuía exame de eletroneuromiografia concordante com diagnóstico de Síndrome do Túnel de Carpo e ultrassonografia (houve a investigação de tendinites). Não é possível simular resultados positivos nesses exames. A ultrassonografia revela imagem de tecido alterado; a eletroneuromiografia revela a ausência de recepção nervosa periférica após estímulo elétrico no nervo em análise, e não há como a ação consciente regular esses efeitos e alterar resultados segundo vontade do paciente – essas informações técnicas sobre os princípios desses exames são básicas para qualquer médico, independentemente da sua especialidade.

<sup>9</sup> Não identificamos casos entre os sujeitos participantes do estudo. No entanto, há referências clássicas na literatura sobre simuladores que se beneficiaram do sistema securitário, a exemplo dos que se mutilam para tornar crônica lesões como a dermatite artefacta ou autolesionismo (Ali, 2010). No entanto, trata-se de situação pouco frequente na prática médica, que não justifica generalização.



até por ignorância, por não conhecerem [as LER]. (Jo.)

As pessoas [referindo-se à família] olham para você e não veem nada. Olha para gente e não veem nada, não veem uma ferida, então, assim, não entende. (Vi.)

O preconceito imposto aos portadores de LER, da mesma forma como em outras doenças estigmatizadas, gera sofrimento e agrava prognósticos na medida em que o trabalhador adia a procura do médico, evita tratamento que o identifique, a exemplo da tala no punho ou membro superior e deixa de procurar suporte previdenciário.

No entanto, em outras categorias profissionais, como a dos esportistas, quando há o acometimento por formas de LER associado à hipersolicitação de parte do corpo, não há práticas de construção de estigma. A epicondilite lateral ou “cotovelo do tenista” (Kuorinka; Forcier, 1995), algumas lesões de ligamentos nos joelhos em jogadores de futebol, judocas e outros profissionais são exemplos de formas de LER frequentemente citadas na imprensa quando acometem jogadores famosos, porém sem metáforas ou estigmas impostos aos esportistas lesionados. São patologias semelhantes na esfera clínica, porém diferenciadas na dimensão social diante do forte preconceito imposto aos trabalhadores portadores de LER.

Inibir ou punir empresas que praticam a produção social de estigmas por meio de estratégias gerenciais e médicas nocivas se torna tão importante na prevenção das LER como as próprias medidas de proteção ergonômica. Do mesmo modo que, para a AIDS, foi importante proibir a realização de exame para identificar soropositivos em exames médicos admissionais, periódicos e demissionais pelas empresas, com o objetivo de evitar a admissão ou demissão decorrente do estigma, há necessidade de constituir legislação capaz de proibir práticas de construção social de estigma pelas empresas em relação às LER.

## ESTRATÉGIAS MÉDICAS NA RELAÇÃO COM OS PORTADORES DE LER

A matriz gerencial da empresa em sua organização do trabalho, divisão de tarefas e concepção da gestão dos trabalhadores define o modo de abordagem da saúde, tanto na concepção como nas práticas. As características gerais do método taylorista aplicadas na seleção, treinamento, divisão de tarefas e ritmo do trabalho configuraram um conjunto de práticas em medicina e engenharia de segurança no trabalho caracterizado por alguns autores como medicina taylorista. Ela se fundamenta nos princípios do Darwinismo Social (Davezies *et al.*, 1998), caracterizado por seleção de trabalhadores hígidos ou dos mais aptos, eliminando-se os doentes dos ambientes de trabalho, elevado *turnover* e centralização da contratação junto aos jovens, muitos como primeiro emprego. Isso gera uma espécie de limpeza sanitária de doentes da empresa, impulsionada pela realização de exames médicos admissionais rigorosos, para impedir acesso de trabalhadores doentes, demissão de doentes e sintomáticos, controle dos serviços médicos assistenciais com descredenciamento de serviços médicos que diagnosticam doenças do trabalho (principalmente LER). Cria-se, assim, uma dinâmica de contratação de hígidos, com a depuração ou exclusão dos doentes ou eliminação dos mais fracos, incapazes de se submeterem ao ritmo acelerado imposto aos operadores de *telemarketing*. Como a estratégia se concentra na contratação de jovens, pela sua constituição atlética e sua hígidez, muitos deles utilizam recursos advindos dessa ocupação para pagar faculdade privadas e, ao adoecerem, “reabilitam-se” em outra profissão por iniciativa própria e, assim, o ciclo de produção de jovens doentes se amplia.

Na esfera da epidemiologia, essa manutenção de trabalhadores hígidos na empresa é denominada de efeito do trabalhador sadio, como forma de caracterizar a baixa prevalência de doentes em comparação com a população geral. Os entrevistados adoeceram nas empresas, ou seja,

entraram hígidos ao passarem pelo rigoroso exame médico admissional. Para manter a invisibilidade epidemiológica,<sup>10</sup> a empresa utilizava estratégias com o objetivo de dificultar ou impedir a emissão da CAT: “Depois foi que ele chegou [o médico da empresa] me disse que se ele me desse a CAT, ele estava contraindo dois problemas pra ele: um com o INSS e outro com a empresa” (An.). Além de impor uma ativa atuação ideológica, ao negar a existência de doenças do trabalho, conforme relato de entrevistadas, para a empresa, “LER não existe”, “LER é invenção do sindicato” e “LER é lerdeza do trabalhador”. Com a confirmação de uma afecção do sistema musculoesquelético, a estratégia médica se deslocava para deturpar a causalidade da enfermidade, ao indicar a origem relacionada à realização de alguma prática esportiva, ou causada pelo exagero na atividade sexual ou doméstica. O importante, para os serviços de medicina do trabalho, era descaracterizar as LER como responsabilidade da empresa, ou considerá-la outra doença musculoesquelética não-relacionada ao trabalho.

Outra estratégia gerencial associada à saúde consistia em fornecer assistência médica supletiva para todos os operadores de *telemarketing*. É importante observar que essa é uma categoria que ganha pouco acima do salário mínimo, e essa assistência médica supletiva se configura em oferta aparentemente elogiosa e pouco comum diante de outras categorias profissionais situadas nessa mesma faixa salarial. No entanto, verificou-se que três aspectos dessa oferta inibem o afastamento por doença do operador de *telemarketing*: quando ele se afasta por doença, aumenta a dedução financeira no salário e isso estimula o retorno imediato ao trabalho; com a demissão, há a suspensão imediata da assistência médica supletiva, e essa situação dificulta a

realização dos exames médicos exigidos pela perícia médica do INSS para caracterizar a doença do trabalho, pois o SUS não consegue atender a essa demanda em função das filas. Assim muitos trabalhadores doentes deixam de receber benefícios por falta de acesso a serviços médicos capazes de atender às exigências da Previdência. Esses protocolos exaustivos de exames médicos, muitas vezes desnecessários, de que o próprio SUS não dispõe, leva a iniquidades no acesso e, sobretudo, na manutenção do benefício (Souza, 2010). O terceiro se relaciona ao controle dos diagnósticos pela empresa de *telemarketing* junto às empresas médicas conveniadas. Muitos entrevistados referiram o descredenciamento de clínicas pela assistência médica supletiva quando os seus serviços médicos emitiam laudos caracterizando doença do trabalho, principalmente LER, e encaminhavam o trabalhador doente para a Previdência Social.

Desse modo, as práticas dos Serviços de Medicina do Trabalho das Empresas (SESMT) de *telemarketing* não se situavam na esfera da prevenção, diagnóstico precoce, tratamento, reabilitação e notificação dos casos de LER e de outras doenças do trabalho nas empresas. Contrariamente, mantinham estratégias articuladas ao modelo taylorista de gerenciamento para tornar invisíveis social e epidemiologicamente essas enfermidades, o que contribuía para agravar os quadros, promover sofrimentos e adoecimentos em perfeita inversão dos padrões elementares exigidos para o exercício da medicina. Diante de tais práticas médicas, a inexistência de SESMT protegeria a saúde dos operadores de *telemarketing*.

### **CONCLUSÃO: perfil das LER no setor de telemarketing**

Aspectos importantes sobre modelos de gerenciamento e novas tecnologias levaram as LER a mudarem seu perfil clínico-epidemiológico. O presente estudo trouxe fortes indícios da importância dos condicionantes nocivos para a saúde dos operadores de *telemarketing*, decorrentes das

<sup>10</sup> Situação diferente de invisibilidade foi encontrada nos estudos de Franco *et al.* (1994) na indústria de Salvador, em que esses processos de exclusão de doentes e acidentados do trabalho estavam fortemente relacionados à terceirização ocorrida nas indústrias. Como as empresas de *telemarketing* são as terceiras e quase não terceirizam, o modo de exclusão ou invisibilidade se pautou em estratégias internas das empresas.

transformações tecnológicas e do caráter virtual e comunicacional, os quais estabelecem novas formas de cuidados a serem considerados na prevenção dessas enfermidades. A noção de redes sociais, que permite operar “hipercorpos”, ajuda no entendimento de aspectos subjetivos que favorecem a ocorrência de tensões e conflitos em práticas simultâneas de agressões entre clientes e operadores no universo virtual. Essas dinâmicas de transformações técnicas são componentes importantes de modelos gerenciais antiquados, em que a matriz taylorista se faz presente na organização do trabalho e nas práticas médicas. A nocividade dessas estratégias gerenciais resulta em particularidades no desenvolvimento das LER em operadores de *telemarketing*, expressas na produção social de estigmas e na perversão de práticas de medicina do trabalho sincronizadas com princípios do taylorismo. Mais do que uma produção social difusa, o estigma das LER resultou de uma construção centrada nas empresas de *telemarketing*, por meio das suas práticas gerenciais, dentre as quais se incluíram ações do serviço médico. Trata-se de empresas que utilizam tecnologias avançadas na esfera da telemática, mas que produzem modalidades de adoecimento conformadas em função das particularidades dos seus processos de trabalho precários.

Outras estratégias gerenciais foram utilizadas, embora houvesse, aqui, a seleção das que foram consideradas importantes para o agravamento do sofrimento e das enfermidades adquiridas pelos operadores de *telemarketing* entrevistados.

O modelo gerencial nas empresas estudadas leva o cliente à dupla condição de estressor do trabalho, pela execução de tarefas gerenciais de aceleração do trabalho em concomitância, e de cliente aprisionado pelas estratégias de *marketing*, sem a proteção do Estado. Os processos geram, simultaneamente, riscos sociais e de saúde para os trabalhadores e para os consumidores. O controle pelas instituições públicas deveria considerar essa dupla dimensão nas suas estratégias de vigilância e de proteção da saúde: além de construir leis e normas de proteção ao

trabalho associadas à proteção da saúde do consumidor, articular a legislação de proteção do trabalho com o Código de Defesa do Consumidor na proteção à saúde. Da mesma forma, na esfera social, haveria a necessidade de aproximar as organizações sindicais das organizações autênticas de defesa do consumidor. Essa seria uma perspectiva nova na construção da saúde do trabalhador em sintonia com a saúde do consumidor.

A miríade de revoluções tecnológicas de suporte às práticas gerenciais nocivas poderá levar a novas modalidades de LER, a exemplo de lesão por esforço vocal repetitivo e de lesões nas articulações têmporo-mandibulares relacionadas à emergência de comandos vocais para computadores. Outras novas especificidades de LER poderiam se associar à gestão emocional ou à exposição a padrões de beleza, com o surgimento de estigmas estéticos construídos nas empresas e decorrentes da chegada do *telemarketing* por meio do videofone. São cenários possíveis decorrentes das hipóteses aqui avançadas, frutos da compreensão de narrativas de portadores de LER.

(Recebido para publicação em 24 de janeiro de 2011)  
(Aceito em 18 de abril de 2011)

## REFERÊNCIAS

- ALI, S.A. *Dermatoses ocupacionais*. São Paulo: FUNDACENTRO, 2010. p.412.
- ASSUNÇÃO, A.A.; ALMEIDA, I.M. Doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho: membro superior e pescoço. In: MENDES, R. *Patologia do trabalho*. São Paulo: Atheneu, 2005. v.2 p.1500- 1539.
- BRAVERMAN, H. *O trabalho e o capital monopolista: a degradação do trabalho no século XX*. São Paulo: Ed. LCT, 1987. p.379.
- BONFIM, A.S.V. *Entre a voz e ouvido: trabalho emocional e os impactos para a saúde dos trabalhadores do teleatendimento/telemarketing em Salvador*. 2009. 118f. Dissertação (Mestrado em Ciências Sociais) – Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da UFBA. Salvador, 2009.
- CARDIM, A. *E agora, o que será da minha vida? Estudo sobre os significados das LER atribuídos por operadores de telemarketing*. 2009. 118f. Dissertação (Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho) - Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina da UFBA. Salvador, 2009.
- CASTELLS, M. *A sociedade em rede: era da informação*,

- economia, sociedade e cultura. São Paulo: Editora Paz e Terra, 1999. v.1. 617 p.
- CORIAT, B. *Penser à l'envers: travail e organisation dans l'entreprise japonaise*. Paris: Christian Bourgois Éditeur, 1991. p.186.
- DAVEZIES, P.; DULERY, J. P.; HUEZ, D.; PASCUAL, M.; SANDRET, N. Pour finir avec l'aptitude médicale. *Santé et Travail*. Paris, La Mutualité Française, n.23, p.61-63, avril, 1998.
- DEJOURS, Christophe. *Travail: usure mentale. De la psychopathologie du travail à la psychodynamique du travail*. Paris: Bayard Éditions, 1993. p. 263.
- DESOLLE, H., SCHERRER, J., TRUHAUT, R. *Précis de médecine du travail*. Paris: Masson, 1991. p.116.
- GOFFMAN, E. *Stigmata: les usages sociaux des handicaps*. Paris: Les Éditions de Minuit, 1975. p.175.
- \_\_\_\_\_. *O comportamento em lugares públicos*. Petrópolis: Vozes, 2010. 263p.
- GUENA, R.M. Dando voz ao trabalhador: os significados da dissonância para os operadores de telemarketing. 2009. 124f. Dissertação (Mestrado Saúde Coletiva) – Programa Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFBA. Salvador, 2009.
- FRANCO, T.M.; DRUCK, M.G.; BORGES, A.; FRANCO, A.M. Mudanças de gestão, precarização, do trabalho e riscos industriais. *Caderno CRH*: Centro de Recursos Humanos da UFBA, Salvador, n. 21, p.68-89, jul./dez. 1994.
- HIRATA, H.S. Crise économique, sous-traitance et division sexuelle du travail. In : APPAY, B. ; THÉBAUD-MONY (Dir.) *A précarisation sociale du travail et santé*. Paris: IRESO, 1997. p.379-392.
- HOCHSCHILD, A.R. Emotion work, feeling rules, and social structure. *The American Journal of Sociology*, Chicago, v.85, n.3, p.551-575, nov., 1979.
- KUORINKA, I.; FORCIER, L. (Coord.) *Les lésions attribuables au travail répétitifs*. Montréal: Éditions Maloine, 1995. p.510.
- LE GUILLANT; ROELEN, B.; BÉQUART; HANSEN; LEBRETON. A neurose das telefonistas. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. São Paulo, FUNDACENTRO, v.12, n.47, p.7-11, jul., 1984.
- LÉVY, P. *O que é virtual?* São Paulo: Ed. 34, 1996. p.157.
- LIPIETZ, A. Le monde de l'après fordisme. In: APPAY, B.; THÉBAUD-MONY (Dir.) *Précarisation sociale, travail et santé*, Paris:INSERM/IRESO, 1997. p.459-485.
- MARQUESE, R. B. *Feitores do corpo, missionários da mente: senhores letrados e o controle dos escravos nas Américas, 1660 – 1860*. São Paulo: Companhia das Letras. 2004. p.479.
- MINAYO-GOMEZ, C.; THEDIM-COSTA, S.M.F. Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimentos sobre trabalho e saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, ABRASCO, v.8, n.1, p.125-136, 2003.
- \_\_\_\_\_; LACAZ, F.A.C. Saúde do trabalhador: Novas e velhas questões. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, ABRASCO, v.10, n.4, p.797-815, 2005.
- MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec. 2010. p.407.
- NEFFA, J. C. *Procesos de trabajo, nuevas tecnologías informatizadas y condiciones y medio ambiente de trabajo en Argentina*. Buenos Aires: Ed. Humanitas/ Ceil, 1987. p.130.
- ORBAN E. O serviço é um produto? In: DIEESE & CESIT (Org.) *O trabalho no setor terciário: emprego e desenvolvimento tecnológico*. São Paulo: Editora DIEESE/CESIT, 2005. p.11-20.
- PARAGUAY, A.I.B.B. Da Organização do trabalho e seus impactos sobre a saúde dos trabalhadores. In: MENDES, R. *Patologia do trabalho*. São Paulo: Ed. Atheneu, 2005. p.811-823.
- PENA, P.G.L.; THÉBAUD-MONY, A. Transformações organizacionais e inovações técnicas em hipermercados na França e no Brasil. In: DIEESE/CESIT/UNICAMP (Org.) *Trabalho e abordagem pluridisciplinar: estudos Brasil, França e Argentina*. São Paulo; Campinas, 2005. p.69- 08.
- RAMAZZINI, B. *As doenças dos trabalhadores*. São Paulo: FUNDACENTRO. Ministério do Trabalho, [1700]1999. 269p.
- RÉMY, J.; ORBAN, E.; MOUILLET, F. Organização produtiva e relação salarial no ramo “hipermercados” França do grupo Carrefour: constatações e fatores em jogo. In: DIEESE/CESIT/UNICAMP (Org.) *Trabalho e abordagem pluridisciplinar: estudos Brasil, França e Argentina*. São Paulo; Campinas, 2005. p. 129-155.
- ROSEN, G. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: UNESP/HUCITEC/ABRASCO, 1994. p. 423.
- SANTOS, VC. As Múltiplas tarefas e atividades interferentes em centrais telefônicas e atendimento telefônico. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, FUNDACENTRO, v.29, n.109, p.21-29, 2004.
- SCHWARTZ, Y. Réflexion autour d'un exemple de travail ouvrier. In : DANIELLOU, F. ;GILBERT, de T. ; SCHWARTZ, Y. (Org.) *Travail & ergologie: entretiens sur l'activité humaine*. Toulouse: Octarès Éditions, 2003. p.21-30.
- SOUZA, N.S.S. Doenças músculo-esqueléticas relacionadas ao trabalho, seguro social e benefícios por incapacidade. 2010. 152f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Programa Pós-Graduação em Saúde Coletiva da UFBA. Salvador, 2010.
- VENCO, S. Centrais de atendimento: a fábrica do século XIX nos serviços do século XXI. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, FUNDACENTRO, v.31, n.114, p.7-18. 2006.
- VILELA, L.V.O.; ASSUNÇÃO, A. A. Os mecanismos de controle da atividade no setor de teletendimento e as queixas de cansaço e esgotamento dos trabalhadores. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v.20, n.4, p.1069-1078, jul./ago. 2004.
- ZARIFIAN, P. *Objectif compétence*. Paris: Editora Liaisons, 1999. 229p.

**CYBER TAYLORISM AND REPETITIVE  
STRAIN INJURY IN TELEMARKETING  
OPERATORS IN SALVADOR, BAHIA**

Paulo Gilvane Lopes Pena

This paper aims to understand the disease process by repetitive strain injury (RSI) on telemarketers and its relationships with the management strategies associated with new technologies. For this qualitative study thirty operators and also RSI patients were interviewed who were treated at a clinic, between 2007 and 2009 and observations carried out in the workplace of ten companies. Adverse conditionants were observed resulting from technological changes and their communicational and virtual character, which require new forms of care to be considered in the prevention of RSI. The notion of social networks, enabling one to operate “hyperbodies”, in the relations between operators and customers, helps in understanding the subjective aspects that favor the occurrence of tensions and conflicts in the virtual universe. These are harmful management strategies, that result in particular in the development of RSI, with the social production of stigma and perversion of labor medical practices work in sync with the principles of Taylorism.

Keywords: labor, repetitive strain injuries, telemarketing, new technologies, worker's health.

**TAYLORISME CYBERNÉTIQUE ET  
TROUBLES MUSCULOSQUELÉTIQUES  
CHEZ LES OPÉRATEURS DE  
TÉLÉMARKETING À SALVADOR-BAHIA**

Paulo Gilvane Lopes Pena

Cet article se veut de comprendre le processus des maladies dues aux troubles musculosquelettiques (TMS) chez les opérateurs de *télémarketing* et leurs rapports avec les stratégies de gestion associées aux nouvelles technologies. Pour cette étude qualitative, trente opérateurs porteurs de TMS, traités en clinique, ont été interviewés entre 2007 et 2009 et des observations sur les lieux de travail ont été réalisées au sein de dix entreprises. On a pu observer des conditions défavorables dues aux changements technologiques et au caractère virtuel et communicationnel, ce qui suppose que de nouveaux types de soins devront être pris en considération pour la prévention des TMS. La notion de réseaux sociaux, qui permet d'opérer en “hypercorpus” dans les relations entre les opérateurs et les clients, nous aide à comprendre certains aspects subjectifs qui favorisent l'apparition de tensions et de conflits dans l'univers virtuel. Il s'agit de stratégies de gestion nuisibles qui entraînent des particularités dans le développement des TMS, engendrant une production sociale de stigmates et une perversion des pratiques de la médecine du travail en harmonie avec les principes du taylorisme.

MOTS-CLÉS: travail, lésions dues aux efforts répétitifs (TMS), *télémarketing*, nouvelles technologies, santé du travailleur.

**Paulo Gilvane Lopes Pena** - Médico pela Universidade Federal da Bahia-UFBA. Doutor em Sócio Economia do Desenvolvimento pela *École des Hautes Études en Sciences Sociales* – Paris. Professor adjunto do Departamento de Medicina Preventiva e Social da Faculdade de Medicina da UFBA. Mestrado em *Recherches Comparatives sur le Développement*, Paris. Mestrado em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Saúde do Trabalhador, Saúde Coletiva e Medicina do Trabalho, atuando nos temas: trabalho, saúde, condições de trabalho, medicina do trabalho e saúde pública. É co-organizador da coletânea *Relações de produção, consumo, saúde e ambiente*, (Fiocruz, 2007) e de artigos publicados em diversas revistas (RBSO - *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, *Scripta Nova* (Barcelona), *Revista Brasileira de Otorrinolaringologia, Saúde e Sociedade*, *Prevenir Cahiers d'Étude ET de Réflexion Mutualistes, Ciência & Saúde Coletiva*).

**Adryanna Cardim** - Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho, pela Universidade Federal da Bahia. Fisioterapeuta e Nutricionista. Professora Assistente da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Sanitarista do Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador – CESAT/ Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Saúde do Trabalhador e Saúde da Família. Publicação mais recente: PENA, P. G. L.; FREITAS, M. C. S.; Cardim, A. Trabalho Artesanal, cadências infernais e lesões por esforços repetitivos: estudo de caso em uma comunidade de mariscadeiras na Ilha de Maré, Bahia. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 01, p. 0917, 2009.

**Maria da Purificação N. Araújo** - Nutricionista. Professora da Escola de Nutrição da UFBA. Doutoranda em Saúde Pública da Pós-Graduação em Saúde Coletiva, UFBA. Membro do Grupo de Estudos e Pesquisas em Alimentação Coletiva – GEPAC (CNPq). Tem experiência na área de gestão de Unidades de Alimentação e Nutrição. Realiza pesquisas na área de alimentação e saúde de trabalhador.