



ADOECIMENTO E O SOFRIMENTO DE TRABALHADORES ACOMETIDOS POR LER/DORT

SICKNESS AND SUFFERING OF WORKERS DUE TO RSI/WRMSD

Maria do Carmo Baracho de Alencar¹

Thalita Lacerda Nobre²

Resumo

O objetivo deste estudo foi o de compreender as relações entre a organização do trabalho e o agravamento dos casos por LER/DORT, além das repercussões na saúde na situação de afastamento do trabalho pela doença. Métodos: Foram levantados dados sociodemográficos e de trabalho de prontuários de sujeitos atendidos no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador- CEREST, da cidade de Santos/SP, e selecionados sujeitos com diagnósticos clínicos estabelecidos para LER/DORT e que haviam vivenciado a situação de afastamento do trabalho por motivo da doença. Os sujeitos foram convidados a participar de entrevista individual e semiestruturada, com base em roteiros pré-elaborados. As entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para análise de conteúdo temática. Os resultados obtidos trouxeram a compreensão de que houve envolvimento dos modos de organização do trabalho no agravamento dos casos, e as consequências interferem na saúde do trabalhador e no seu cotidiano de vida, resultando em sofrimento psíquico. Evidencia-se a necessidade de uma maior inserção de equipes multiprofissionais em ações interdisciplinares, e com psicólogos junto a esta temática.

Palavras-chave: transtornos traumáticos repetitivos, saúde do trabalhador, trabalhadores lesionados, psicologia.

Abstract

The aim of this study was to understand the relationship between the organization of work and the increase of cases by RSI / WRMSDs, in addition to the effects on health in the clearance status of work by the disease. Methods: Collection of sociodemographic and labor subjects' records data on Worker-Health Reference Center -CEREST, city of Santos/SP, and selected subjects with clinical diagnoses established for RSI/WRMSDs and who had experienced the absence of work because of the disease. The subjects were invited to participate in individual and semi structured interviews, based on pre-prepared scripts. The interviews were recorded and transcribed for thematic content analysis. The results brought the understand that there was involvement of the work organization in the worsening of the cases, and the consequences interfere in workers' health and their daily lives, resulting in psychological suffering. It highlights the need for greater integration of multidisciplinary teams in interdisciplinary actions, and psychologists with this theme.

Keywords: repetitive strain injury; retirement; occupational health; injured workers; psychology.

¹ Psicóloga, Terapeuta Ocupacional e Fisioterapeuta. Profa. Dra. da Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP, Departamento de Gestão e Cuidados em Saúde. E-mail: alencar@unifesp.br

² Psicóloga. Profa. Dra. da Universidade Católica de Santos-UNISANTOS. E-mail: thalita.nobre@unisantos.br

INTRODUÇÃO

O trabalho tem se constituído um dos principais modos de produção da existência social, e tem sido um importante mediador entre diferentes instâncias sociais e a saúde humana, portanto, pode ser fonte de fortalecimento ou de desgaste para a saúde (Seligmann-Silva, 1997). Diversas transformações ocorreram no mundo do trabalho com avanços tecnológicos, globalização, imposição de novas exigências junto aos trabalhadores, novas relações de poder e de classes, novos contratos de prestação de serviços, entre outros, que vem afetando a saúde dos trabalhadores em diversos aspectos. A necessidade de formação ou de qualificação/requalificação constante tem sido estimulada, e o desemprego e demais formas de precarização influenciam de maneira perversa o posicionamento dos indivíduos no mundo do trabalho (Hennington, 2011). A classe trabalhadora inserida nesse meio capitalista de organização do trabalho sofre com os agravos à saúde, exclusão social, precarização das condições e relações de trabalho, perda de direitos sociais, e vulnerabilidade social (Rodrigues & Bellini, 2010). E a reestruturação produtiva no nosso país, a precarização das relações de trabalho, a sobrecarga e exigência de polivalência têm ampliado e agravado o quadro de doenças e riscos de acidentes, causando afastamentos do trabalho e aposentadorias precoces (Heloani & Lancman, 2004). A organização de trabalho compreende a divisão deste, o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, as relações socioprofissionais estabelecidas, as modalidades de comando, as relações de poder, e as questões que envolvem responsabilidades (Dejours, 1992). A organização do trabalho é entendida como um elemento favorável ao equilíbrio e saúde, quando o conteúdo do trabalho é fonte de prazer e satisfação.

O trabalho consiste em uma forma central de inscrição social, proporciona modos de inserção nas relações sociais, que garantem um lugar legitimado socialmente: o de trabalhador formal, ou seja, um sujeito possuidor de um emprego e salário (Ramos, Tittoni & Nardi, 2008). Ainda, o trabalho possui uma função psíquica, enquanto um dos alicerces da constituição da identidade do sujeito e de suas redes de significação (Heloani & Lancman, 2004). Segundo Mendes (2007) identifica-se na construção de identidade no trabalho, um movimento em busca de imprimir sua marca pessoal, delimitar a singularidade a partir do olhar do "outro", produzindo dinamicamente uma troca com o meio.

Sendo assim, a partir de um olhar clínico, o trabalho permite o confronto com o mundo externo e o interno do trabalhador, implica na mobilização da

inteligência, na capacidade de reflexões, interpretações, de reagir às situações diversas, de pensar, criar, inventar, além de gestos e engajamento do corpo, entre outros (Dejours, 2004). Nas vivências que ocorrem no mundo do trabalho há diferenças entre a tarefa prescrita e o trabalho real, especialmente pela subjetividade inerente à toda atividade humana. O trabalho prescrito é definido como condições e exigências a partir dos quais o trabalho deverá ser realizado; e o trabalho real envolve aquilo que em uma tarefa não pode ser obtido pela execução rigorosa do prescrito, devendo ser imaginado, ajustado, inventado, ou seja o que é realmente colocado em ação pelo trabalhador (Dejours, 2008; Dejours, 2013). A realidade de trabalho é muito complexa e nenhuma regra ou manual pode dar conta de todas as situações, e é impossível atingir a qualidade se as prescrições forem rígidas. Há uma infinidade de possibilidades diferentes que podem acontecer no momento da prescrição: ineditismos, alguns imprevistos, contradições, etc (DEJOURS, 2004).

A partir das Clínicas do Trabalho, temos entre as abordagens teóricas as contribuições da Psicodinâmica do Trabalho (PDT). Ela não é apenas uma disciplina clínica, ela é também uma teoria centrada na análise dos processos em causa na etiologia do sofrimento e das patologias, bem como do prazer e saúde relacionados ao trabalho (Dejours, 2013). Segundo o autor, a experiência do mundo real confronta o sujeito para aquilo que ele não tem controle, havendo uma resistência colocada pelo real, e também através de uma experiência afetiva, ou seja, com surpresas, desagradados, irritação, raiva, sentimento de impotência, etc, que são sentimentos advindos e integrantes no trabalho; e ainda, expressos pelo corpo que habitamos, envolvido na expressividade, no gesto, na mímica (Dejours, 2008). Em experimentações de resposta ao real, é sempre o corpo que está envolvido em primeiro lugar, um corpo subjetivo que se relaciona com o corpo biológico (Dejours, 2004).

Ainda, o trabalho implica também na maior parte das situações, uma relação com o outro, implicando em um coletivo que tem como eixo central a cooperação (Dejours, 2013). E para o autor para que haja cooperação é necessário que se estabeleçam relações de confiança, e além disso, o reconhecimento pelos esforços dispendidos é fundamental. Pois é graças ao reconhecimento que uma parte do sofrimento é transformada em prazer no trabalho.

Para que não haja uma descompensação mental e dentro das abordagens teóricas da Psicodinâmica do Trabalho, o sujeito utiliza mecanismos de defesa, na tentativa de minimizar o sofrimento (Dejours et al, 1994; Mendes, 2007). As estratégias de defesa são mecanismos pelos quais o trabalhador busca modificar,

transformar e minimizar a percepção da realidade que os faz sofrer (Dejours et al, 1994). Segundo esses autores, há mecanismos de defesa individuais e coletivos, e a diferença fundamental é que o mecanismo de defesa individual está interiorizado, persistindo mesmo sem a presença física de outros, enquanto que a estratégia coletiva de defesa não se sustenta sem um consenso, dependendo de questões externas ao sujeito. As defesas psíquicas têm potencialmente os efeitos de adaptação, pois permitem que o indivíduo se adapte ao que pode trazer sofrimento, como é o caso das situações em que os trabalhadores por mecanismos defensivos, não tomam consciência das relações de exploração (Dejours, 2008).

Entre as principais doenças do trabalho configuram-se as lesões por esforços repetitivos (LER), ou distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT). A etiologia é multifatorial, e em geral estão envolvidos vários fatores, como repetitividade, esforço ou força, posturas inadequadas, invariabilidade de tarefas, fatores organizacionais como exigência de produção imposta, atitudes autoritárias por parte da chefia, modos de avaliação e punição para o controle da produção, entre outros (Brasil, 2006). A dor é o principal e mais cruel sintoma da LER/DORT, gerando sofrimento, e podendo desencadear quadros de depressão (Gaedke & Krug, 2008). Essas desordens musculoesqueléticas constituem um problema de saúde pública (Souza & Santana, 2011); ainda o absenteísmo decorrente dessas doenças é elevado e geram custos para os sistemas sócio-econômicos (Vanwonterghem, Yoopat & Maes, 2012).

Quando o afastamento do trabalho torna público o adoecimento, um caminho introspectivo de sofrimento já foi percorrido, havendo distanciamento afetivo de colegas, desestruturando suas relações (Ribeiro, 1997). Em situação de não trabalho as pessoas sentem-se desvalorizadas, improdutivas, inseguras, evidenciando uma situação desconfortável que gera sofrimento (Oliveira & Mendes, 2014). E segundo Ramos, Tittoni e Nardi (2010) junto aos trabalhadores afastados do trabalho por LER/DORT, houve associações com a depressão decorrente da perda de fatores que geram reconhecimento aos sujeitos (identidade no trabalho, na família, e no círculo social).

Os sujeitos acometidos enfrentam um cotidiano de vida marcado pela dor, sentimentos de inutilidade e incapacidade provocados pela doença, e agravados muitas vezes pelo preconceito e discriminação da sociedade, entre outros (Gaedke & Krug, 2008). Demonstram desgaste e sofrimento diante de situações de perícia, evidenciando as dificuldades em terem que comprovar a cada perícia, a presença de doença; além da presença de dores na execução de tarefas antes

facilmente realizáveis no cotidiano de vida (Alencar & Ota, 2011).

O objetivo deste estudo foi o de compreender as relações entre a organização do trabalho e o agravamento dos casos por LER/DORT, além das repercussões na saúde em situação de afastamento do trabalho pela doença.

MÉTODOS

O estudo tem um delineamento exploratório e descritivo, com resultados qualitativos. Contém duas etapas. Na primeira etapa, foi obtida uma listagem com os números de prontuários dos sujeitos atendidos no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador-CEREST, da cidade de Santos-SP, no período de 01 de janeiro de 2010 a 31 de dezembro de 2011. Os levantamentos de dados sociodemográficos, diagnósticos clínicos, causa clínica do afastamento do trabalho, tempo de afastamento, entre outros. Os diagnósticos clínicos foram agrupados e categorizados conforme a Classificação Internacional de Doenças e Problemas relacionados à saúde- CID-10, sendo selecionados para as análises deste estudo os sujeitos com diagnósticos clínicos relacionados às LER/DORT. Esta etapa foi necessária para a seleção dos sujeitos para a segunda etapa.

Na segunda etapa e para o critério de seleção, além de terem diagnósticos clínicos estabelecidos para as LER/DORT, os sujeitos tinham que ter vivenciado a situação de afastamento do relacionado por motivo da doença. Foi realizado o contato telefônico, informação sobre o estudo, e agendamentos para entrevistas semiestruturadas individuais, que foram realizadas em 2013. Houve a obtenção de dados sociodemográficos a partir de questionário aplicado, e analisado de modo estatístico descritivo. E posteriormente ocorreram as entrevistas, com base em roteiro pré-elaborado e contendo questões subjetivas que buscaram dados sobre vivências anteriores: como era seu trabalho, vivências no trabalho, sentimentos em relação ao trabalho, como adoeceu, como ocorreu o afastamento, vivências no afastamento, entre outras. As entrevistas tiveram uma duração média de 60 minutos, e foram gravadas e transcritas na íntegra para análise de conteúdo temática (Bardin, 2010). A técnica de análise de conteúdo, segundo a autora, pressupõe algumas etapas, como: pré-análise, exploração do material ou codificação, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Primeiro ocorreram leituras flutuantes dos depoimentos e, posteriormente a análise dos dados. Buscou-se nas análises a determinação de unidades de registro, tendo os objetivos pré-estabelecidos como norteamto, para posterior definição de categorias

temáticas.

Todos os trabalhadores assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e concordaram com os itens do documento. As entrevistas foram realizadas em sala adequada e foram realizadas no CEREST, da cidade de Santos-SP. Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de São Paulo-UNIFESP (n. 186.843).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Caracterização dos sujeitos

De um total de 431 prontuários analisados no período de 2010 a 2011, de sujeitos que foram atendidos no CEREST/Santos-SP, 12,99% (n=56) tinham diagnósticos clínicos definidos e estabelecidos para LER/DORT, e destes 71,4% (n=40) haviam vivenciado a situação de afastamento do trabalho pelo Instituto Nacional do Seguro Social-INSS. Desses sujeitos (n=56), a maioria era do gênero feminino 76,8% (n= 43), e de grupos ocupacionais com exigências manuais, segundo a Classificação Nacional de Atividade Econômica-CNAE, corroborando com outro estudo que no caso de doenças ocupacionais, os trabalhadores da área de serviços manuais foram os mais acometidos por LER/DORT (Cavalcante et al, 2014). Destes sujeitos, os acometimentos de dores em região corporal de ombros e braços (membro superior) foram de 75,0% (n=42). Participaram da etapa de entrevistas um total de dezoito (n=18) sujeitos, que correspondeu a 32,1% da amostra total, os dados sociodemográficos e de trabalho se encontram na Tabela 1.

A faixa etária dos sujeitos acometidos se encontrava em fase “produtiva” para o trabalho. Em estudo de Alcântara, Nunes e Ferreira (2011), a faixa etária de maior prevalência de DORT foi entre 40 e 59 anos. A maioria apresentou estado civil de casado e com filhos, e também apresentou um nível baixo de escolaridade. Os sujeitos com escolaridade superior eram na sua maioria do setor bancário. Em relação à profissão, cinco (n=5) eram do setor bancário, e quatro (n=4) relacionados a serviços gerais e de limpeza, sendo os demais de profissões variadas. A maioria tinha um tempo de serviço na empresa superior a cinco anos, e também com tempo de serviço na profissão ou setor superior a cinco anos. Apenas um sujeito tinha o tempo de afastamento do trabalho de um mês sendo os demais acima de um ano, e a maioria dos entrevistados se encontrava em situação de afastamento do trabalho pelo Instituto Nacional do Seguro Social-INSS no momento do estudo. Somente três haviam retornado ao

trabalho.

Os temas e as categorias

As análises dos dados, permitiu extrair as categorias temáticas: O “uso” do corpo sem limites e o agravamento; A luta pela comprovação da doença; O cotidiano de vida e a dor.

O “uso” do corpo sem limites e o agravamento

Surgiram nos depoimentos exigências de esforço físico com ritmo intenso e repetitividade, e o trabalhador buscando atender às exigências impostas, sobrepondo, sem se dar conta muitas vezes de seus limites físicos e mentais.

“(…) eu tinha que fazer correndo, eram muitas mesas, o espaço era grande, todos os dias tinha que limpar... era umas 120 mesas e 600 e poucas cadeiras, carregava, empilhava..” (47 anos, Auxiliar de limpeza, gênero feminino).

“(…) você tem que escrever, escrever e rápido demais, você tem que solicitar exames, tem que ter justificativa, essas doenças de notificação compulsória são folhas e folhas para você escrever” (39 anos, Médica, gênero feminino).

Ainda, na maioria dos casos havia uma pressão para que o trabalho fosse executado com rapidez e presteza. E a pressão que leva ao ritmo acelerado de trabalho, não permite, muitas vezes, o perceber-se enquanto corpo em atividade de trabalho, e essa não percepção pode acentuar a extrapolação dos limites corporais.

“(…) essa pressão influi no ritmo, aí tem que ser mais acelerado, mais acelerado... eu acho que ultrapassa o limite... mas se eu não fizesse o que eles estavam me mandando, eu ia ser mandada embora!” (46 anos, Caixa bancário, gênero feminino).

Muitas vezes, as pressões no trabalho promovem o medo da demissão e um medo de não “dar conta”, e os trabalhadores se veem muitas vezes “obrigados” a atender as demandas impostas. Para aumentar o rendimento de sua equipe, o gestor tem que manipular os subordinados, usando alternadamente a promessa e a ameaça (Dejours, 2013). Formas de pressão para que metas estabelecidas sejam atingidas, amparadas pela coação, humilhação, e pelos

constrangimentos dos trabalhadores são chamadas de “assédio organizacional” (Silva, Oliveira & Souza, 2011). O assédio organizacional é produto de práticas de gestão exercida de modo perverso, e que tende a comprometer a saúde dos trabalhadores pelo sofrimento gerado. Neste contexto ainda, para Dejours (2013) pode surgir um sofrimento ético, relacionado ao julgamento que o sujeito faz de si próprio, não só sobre a qualidade da sua produção, mas sobre o valor ético da prestação de serviço. Este aspecto foi evidenciado especialmente junto aos sujeitos do setor bancário:

“(...) você tem que empurrar aquilo para o cliente, às vezes o produto nem é tão bom, e a gente sabe que às vezes é uma enganação.” (62 anos, Subgerente bancário, gênero feminino).

Para alguns sujeitos, alguns produtos não eram bons e ter que insistir sobre a venda gerava um desconforto e mal-estar, e um sofrimento ético e moral. Para Dejours (2013) o sujeito julga sobre o valor ético da sua prestação, porque pela sua atividade de produção, o trabalhador compromete o destino do outro, implicando dimensões morais.

Apesar dos trabalhadores deste estudo serem de várias profissões e vários locais de trabalho, evidenciou-se nos depoimentos a tentativa dos próprios trabalhadores de se manter a qualquer custo as exigências do trabalho, mesmo com as dores. Em alguns estudos indaga-se sobre este comportamento do trabalhador. Alguns trabalhadores aumentam espontaneamente as cargas produtivas em busca de reconhecimento pelo trabalho (Ghisleni & Merlo, 2005). Corroborando ainda, e aprofundando, gestos acelerados podem se tornar estratégias de defesa, que sustenta o trabalhador ao meio e que vai ao encontro das necessidades do contexto de produção, e neste sentido, provavelmente esta ação será reconhecida e valorizada (Rocha, 2007). Segundo Dejours (2008) a hiperatividade implica um risco para a saúde à medida que os processos intrasubjetivos, constituídos por mecanismos de auto conservação permanecem bloqueados. Há necessidade de um equilíbrio entre as forças que tentam desestabilizar o sujeito, e o esforço que o sujeito faz para dar conta das demandas e para se manter produtivo.

Os sintomas dolorosos inicialmente ocorridos durante o trabalho não eram comunicados aos supervisores (com exceção de 1 sujeito), tendendo a agravar os quadros clínicos.

“(...) fui tomando anti-inflamatório, remédio para dor, e tomava dipirona, paracetamol, ia

me virando, né?” (40 anos, Auxiliar de serviços gerais, gênero feminino).

“(...) eu comecei a me automedicar, sabia o nome dos remédios então eu tomava ... isso era uma forma de eu estar trabalhando e não sentir dor.” (39 anos, auxiliar de enfermagem, gênero feminino).

O aspecto de que muitos trabalhadores estão trabalhando com sintomas dolorosos e muitas vezes não comunicam seus supervisores é relatado em outros estudos (Ghisleni & Merlo, 2005; Neves & Nunes, 2010; Alencar & Ota, 2011). Houve também a prática da automedicação junto aos casos, no intuito de amenizar os sintomas e o desconforto, aspecto também encontrado nos mesmos estudos acima citados. O sintoma precisa ser obscurecido no sentido de uma dor que precisa ser “calada”, carregando significados inerentes ao mundo atual do trabalho, e refletindo a necessidade de a pessoa estar sempre apta para o trabalho e produtiva (Neves & Nunes, 2010). Uma questão que surge junto ao adoecer está relacionada às representações sociais existentes junto aos trabalhadores adoecidos, e estigmas relacionados. A identificação da doença, tem atribuído o papel de incapaz, tomando como parâmetro de saúde a capacidade para o trabalho (Verthein & Gomes, 2000). Como defesa, ocorre a negação da doença, e com o passar do tempo o seu agravamento (Snelwar & Zidan, 2000). Se por um lado, as defesas permitem a convivência com o sofrimento, por outro devem levar à alienação das verdadeiras causas (Dejours, 2004).

O medo do desemprego em caso de adoecimento esteve presente nos depoimentos, com preocupações voltadas à sustentabilidade financeira familiar.

“(...) a primeira coisa que uma mãe pensa é nos filhos, eu tenho dois filhos, meu marido sozinho não dá conta de segurar a casa.” (39 anos, auxiliar de enfermagem, gênero feminino).

“(...) a gente tem medo, eu tenho uma casa nas minhas costas... a minha família depende do meu trabalho então não posso ficar desempregada.” (48 anos, Analista de RH, gênero feminino).

Com a alta competitividade no mercado de trabalho, com exigências cada vez maiores de

qualificação profissional, o medo do desemprego se torna uma realidade cruel no mundo de trabalho contemporâneo. Neste contexto, o problema de saúde é vivenciado de forma solitária, uma vez que não conta com o coletivo para amparar-se, e o medo do desemprego gera um sofrimento que não é compartilhado pelos colegas de trabalho, e em alguns casos sequer com os familiares (Silva, Oliveira & Souza, 2011). E como citam esses autores, “acelerar o trabalho tem um preço alto – é a transposição do sofrimento psíquico para o corpo”.

E a condição clínica dos sujeitos foi se agravando até constatarem a incapacidade para o trabalho.

“(...) eu não estava mais conseguindo produzir, porque meus dedos doíam demais... eu estava tendo baixa produtividade, eu estava a base de remédios.” (52 anos, Caixa bancária, gênero feminino).

“(...) eu não aguentava mais de dor nos braços, foi piorando muito... eu já não conseguia fazer o que eu fazia, eu não conseguia trabalhar.” (54 anos, Auxiliar de serviços gerais, gênero feminino).

Na maioria dos casos a comunicação somente ocorreu quando não era mais possível dar conta das demandas do trabalho, e sofreram um descaso, sendo que alguns supervisores até entenderam a situação como “fingimento”, corroborando com outros estudos (Ghisleni & Merlo, 2005; Alencar & Ota, 2011). Essa situação levou ainda mais ao agravamento dos sintomas.

“(...) ela (chefe) não quer saber se você está com dificuldade, se você tem ou não tem dor, sabe o que ela falou? Ah... você está fingindo!” (47 anos, Auxiliar de serviços gerais, gênero feminino).

“(...) acham que é frescura, muitas pessoas acham que você não tem nada, e que é uma maneira de encostar-se no INSS” (52 anos, Gerente de banco, gênero feminino).

A invisibilidade do sintoma nas LER/DORT é bem documentada em estudos como algo gerador de desconfiança, como se os trabalhadores estivessem fingindo o adoecimento (Merlo et al., 2003; Ghisleni & Merlo, 2005; Neves & Nunes, 2009; Siqueira & Couto,

2013). Uma vez adoecidos, há então a luta pela comprovação da doença, que de certo modo questiona a sua honestidade frente as dúvidas existentes, remetendo também a um sofrimento ético. Apresentam dificuldades na obtenção de diagnóstico para o problema (Neves & Nunes, 2010). Ainda, remetem a necessidade de consultas médicas e realização de exames clínicos específicos na busca do diagnóstico para o problema, nem sempre fáceis de serem agendados, aumentando em geral o medo, insegurança e o sofrimento.

Quando tentavam comunicar não havia nenhum reconhecimento da necessidade, nem alguma acolhida do sujeito adoecido.

“(...) sentia muitas, sentia muitas dores...e não tinha rendição! A gente pedia para fazer uma rendição, para ir ao médico, eles alegavam que não tinha e a gente tinha que trabalhar até o final do dia sentindo dor. (42 anos, motorista de caminhão, gênero masculino)

Como esperar que o sujeito possa dar valor aos cuidados em relação à sua saúde, sem um suporte social no trabalho e com necessidades de empregabilidade e medo do desemprego? O trabalhador não sente a valorização da sua doença por um lado, e por outro sente raiva e angústia por ter adoecido naquele local e por se sentir muitas vezes como uma “peça” que pode ser facilmente descartada. Não raras vezes, os trabalhadores têm seu adoecimento relacionado a fatores de origem psicológica, ou ainda a fatores fisiológicos congênitos ou adquiridos, atribuindo o adoecimento à suscetibilidade individual (Rodrigues & Bellini, 2010). Neste contexto pouco se associa o adoecimento às precárias condições de trabalho muitas vezes existentes e aos modos de organização do trabalho, ausentando o empregador de relações da doença com o nexo com o trabalho. Não se tem dúvidas que é a organização do trabalho que deve ser modificada, especialmente quanto ao grau de controle do trabalhador sobre a tarefa (Sato, 2001).

A luta pela comprovação da doença

Uma vez adoecidos, são encaminhados para o médico do trabalho ou para um médico especialista que solicita os exames, e em geral um deles determina licenças médicas e afastamentos para os tratamentos, antes do afastamento pelo INSS, e onde são encaminhados em geral e tradicionalmente para a fisioterapia.

“(…) aí fui afastada 3 dias com tendinite, só que a gente afasta 3 dias e volta, e não dá para fazer fisioterapia, ainda mais trabalhando...eu não ia ficar saindo todo dia do serviço porque eu sei que nenhum patrão gosta disso.” (48 anos, Analista de RH, gênero feminino).

“(…) eu falei que tinha fisioterapia, eu avisei que tenho tendinite e tal.. e ele (gerente) olhou bravo.. Aí eu falei tudo bem, eu vou faltar na fisioterapia.. o gerente achou que era corpo mole, ele não entendia que eu estava fazendo fisioterapia, que eu tinha tendinite.” (28 anos, Editora de imagem, gênero feminino).

Houve nesses casos a falta de compreensão e apoio necessário por parte dos gestores sobre a importância dos tratamentos, demonstrando certa falta de respeito em um momento de necessidade do trabalhador, o que pode inclusive comprometer o tratamento físico. Diversos sentimentos emergem junto ao trabalhador, entre eles o de injustiça. A ida ao médico e o imediato retorno ao posto de trabalho, determina que a dor não é justificativa suficiente para atrapalhar o processo de produção (Silva, Oliveira & Souza, 2011). O medo do desemprego, e do descaso dos supervisores em relação ao adoecimento, talvez sejam algumas das razões de abandonos em tratamentos de trabalhadores acometidos por LER/DORT em situação crônica na fisioterapia, aspecto que necessitaria de maiores investigações.

Ainda, quando afastados pelo INSS, os sujeitos passaram por várias consultas médicas e perícias, tendo sempre que comprovar a doença com exames clínicos, havendo conflitos entre os laudos dos médicos especialistas e peritos do INSS, especialmente na avaliação em estar ou não apto para o retorno ao trabalho, gerando sofrimento.

“(…) mesmo tendo laudos de médicos de banco, do CEREST, de médica particular, falando que eu não estava pronto para retornar ao trabalho, com exames clínicos, ultrassonografia... eles me deram apto para o trabalho! (48 anos, Gerente de banco, gênero masculino)

“(…) meu médico pegou e falou (nome), você tem que se cuidar, agora você não tem condições de voltar, você não tem condições

de voltar...e eu recebi alta! (40 anos, Auxiliar de serviços gerais, gênero feminino).

Estar ou não apto para o retorno pode representar uma questão conflituosa, pois as verificações dos laudos de médicos especialistas constatavam suas doenças, e portanto, era evidente para os sujeitos entrevistados a presença de restrições físicas, também pela presença dos sintomas dolorosos referidos. Porém, mesmo diante deste cenário, os peritos são orientados sempre para duvidarem do vínculo da doença com o trabalho, e a invocarem a fragilidade e inconsistência de “provas” (Ribeiro, 1997). A situação imposta aos trabalhadores remetia a uma condição de estar “mentindo” sobre sua percepção de condição física, como se seus sentimentos e sintomas não fossem relevantes. Nas perícias, os trabalhadores afastados, são constantemente questionados, como se quisessem estar na situação em que estão (Ramos, Tittoni & Nardi, 2008).

Há, em geral, um despreparo médico relacionado à lógica de atendimento dentro do modelo biomédico, que muitas vezes impede maiores reflexões sobre os aspectos psicossociais envolvidos. Por este motivo, se questiona uma avaliação de estar ou não apto ao trabalho sob o ponto de vista e análise de um único profissional, visto a complexidade da questão.

Houve, aparentemente, uma crença de incapacidade junto aos sujeitos de retornar ao trabalho diante dos diagnósticos clínicos e prognósticos de incapacidade, aliado à situação ameaçadora de instabilidade no emprego. Nesse contexto cabe mencionar a necessidade de discussões interdisciplinares sobre as questões que envolvem a questão de ter ou não alguma incapacidade. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde- CIF, evidencia a importância de aspectos biológicos, psicológicos e sociais envolvidos em integração na funcionalidade humana (OMS,2003). Deve, portanto, ser levado em consideração o sujeito humano e sua subjetividade, pois podem interferir na sua funcionalidade que é relacional.

Pareceu ainda haver um medo de reviver as mesmas exigências de trabalho em um possível retorno e as vivências desagradáveis, e de não ser mais capaz de executá-las ou mesmo suportá-las tanto fisicamente quanto emocionalmente.

“(…) o banco não vai mais me aceitar, porque eles têm tantos profissionais aí querendo trabalhar, pra que eles vão querer uma pessoa debilitada? Pra que? Hoje eu não sirvo mais para a empresa.”(52 anos, Caixa bancária, gênero feminino)

“(...)eu peguei um medo, um pânico de trabalhar...de agravar as dores.” (52 anos, Contadora, gênero feminino).

O medo de voltar a sentir os sintomas de modo mais intenso parece ser um potente dificultador para o retorno ao trabalho, e especialmente se o retorno ocorrer para a mesma atividade e local de trabalho, e neste contexto se encontra um corpo que dá visibilidade ao sofrimento já vivenciado e ainda presente. O trabalhador precisa se sentir apto e estar emocionalmente se sentindo disposto para o retorno ao trabalho, o que demanda a necessidade de intervenções com equipes multiprofissionais e em ações interdisciplinares junto aos processos em fase de reabilitação profissional, e com a importante atuação também de profissionais psicólogos.

O cotidiano de vida e a dor

As patologias desencadeiam sintomas dolorosos, que se tornaram crônicos, e os sujeitos necessitavam de cuidados ao realizar algumas atividades do cotidiano de vida. Porém a dor e as limitações acabam por gerar mudanças e é necessário passar por processos de enfrentamento da situação e adaptação frente às novas condições, que podem ser permanentes. As dificuldades encontradas no cotidiano de vida foram mais evidentes nos sujeitos do gênero feminino, em geral, por estarem mais envolvidas com as tarefas domésticas no dia-a-dia.

“(...)se eu for no mercado e voltar com muita sacola, se eu carregar...vou sentir muita dor no braços.” (46 anos, Analista de RH, gênero feminino)

“(...) vou limpar meu quarto, tirar tudo e o movimento de tirar o pó, passar pano, essas coisas..aí dói..eu sinto doer e dá uma inchada, aí tomo o Lisador.” (28 anos, Montadora de antenas, gênero feminino).

Mesmo havendo restrições físicas para a lida com as atividades domésticas, muitas vezes as mulheres se sentem responsáveis por estas funções. As dificuldades decorrentes de sintomas crônicos dolorosos, afetam a funcionalidade dos sujeitos não somente em atividades de vida diária, mas também na dinâmica familiar, por requererem adaptações nas relações familiares, muitas vezes, e também por possíveis dificuldades financeiras pelo afastamento do trabalho. É necessário adaptar-se às novas condições

físicas, e promover determinados cuidados posturais e em movimentos, quando possível para evitar o surgimento das dores. Apesar da maioria revelar consciência de seus próprios limites, realizando somente as atividades que percebem que têm condições de fazer, na prática já fizeram o que não podiam e a consequência foi a dor (Souza & Novo, 2001).

“(...) às vezes eu chamava minha filha para colocar a blusa, eu não conseguia suspender o braço, e eu chorava... poxa para tomar banho minha filha tinha que tirar minha roupa, tinha que colocar.” (53 anos, Auxiliar de cozinha, gênero feminino).

A dependência de outros, em tarefas antes facilmente realizáveis desencadeou um sentimento de incapacidade e inutilidade.

“(...) eu me sinto incapaz de fazer de fazer o que eu fazia há muito tempo, você sente que não é mais capaz, não é mais como você era antes... você ter que pedir para alguém vestir uma roupa, porque você não está conseguindo vestir... ah eu não quero chorar! (choro)” (53 anos, Copeira, gênero feminino).

O sentimento de incapacidade nas atividades diárias gerava desgaste e sofrimento, e pode afetar a autoestima, por afetar a autoimagem e auto avaliação, evidenciado quando há comparações recorrentes entre a sua vida antes e depois da doença (Souza & Novo, 2001). Nesses momentos de dores e dificuldades, o apoio familiar se faz necessário e importante. A família é principalmente um lugar de cuidados, é o lugar da socialização, um lugar de pertencimento, de acolhimento e de questionamentos (Rodrigues & Bellini, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste artigo se apresentou as vivências no trabalho e que geraram o agravamento da doença, e em situações posteriores ao agravamento da doença. O estudo promoveu reflexões acerca das dimensões biopsicossociais envolvidas nos processos de saúde-doença relacionado às LER/DORT, além das formas e modos de organização do trabalho que surgem como aspectos importantes junto ao adoecimento e que devem ser consideradas no âmbito da promoção à saúde e reabilitação. Considera-se que há necessidade de intervenções com equipes multiprofissionais e ações

interdisciplinares, visto as questões psicossociais claramente envolvidas, obtendo o psicólogo um importante papel nessas equipes.

Pesquisas futuras devem continuar a investigar a temática, com o intuito de aprofundar as questões, em especial junto aos mecanismos de defesa individuais e coletivos e sob modos de analisar o trabalho real em condições prévias ao adoecimento e afastamento do trabalho, não investigados neste estudo.

REFERÊNCIAS

- Alcântara, N., Nunes, G.S. & Ferreira, B.C.M. (2011). Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho: o perfil de trabalhadores em benefício previdenciário em Diamantina (MG, Brasil). *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(18), 3427-3436. doi: 10.1590/S1413-81232011000900010
- Alencar, M.C.B. & Ota, N.H. (2011). O afastamento do trabalho por LER/DORT: repercussões na saúde mental. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, 22(1), 60-67. doi: 10.11606/issn.2238-6149.v.22i1p60-67
- Bardin, L. (2010). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Brasil. (2006). *Ministério da Saúde. Lesões por Esforços Repetitivos (LER). Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT)*. Brasília.
- Cavalcante, C.A.A., Santos, R.S., Cavalcante, E.F.O., Martins, R.L., Silveira, E.A. & Silva, E.T. (2014). Perfil de agravos relacionados ao trabalho notificados no Rio Grande do Norte, 23(4), 741-752. doi: 10.5123/S1679-49742014000400016
- Dejours, C. (1992). *A Loucura do Trabalho: estudo da Psicopatologia do Trabalho*. São Paulo: Cortez.
- Dejours, C., Abdoucheli, E. & Jayet, C. (1994). *Psicodinâmica do Trabalho: contribuições da escola Dejouriana à análise da relação prazer-sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas.
- Dejours, C. (2004). Subjetividade, trabalho e ação. *Production*, 14(3), 27-34. doi: 10.1590/SO103-6513004000300004
- Dejours, C. (2008). Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. In S. Lancman & L.I. Snelwar, (Org.), *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. (pp.49-66). Brasília: Paralelo 15.
- Dejours, C. (2013). A sublimação, entre sofrimento e prazer no trabalho. *Revista Portuguesa de Psicanálise*, 33(2), 9-28.
- Gaedke, M. A. & Krug, S. B. F. (2008). Quem sou eu? A identidade de trabalhadoras portadoras de LER/DORT. *Revista Textos & Contextos*, 7(1), 120-137.
- Ghisleni, A. P & Merlo, A. R. C. (2005). Trabalhador contemporâneo e patologias por hipersolicitação. *Psicologia: Reflexão Crítica*, 18(2), 171-176.
- Heloani, R; Lancman, S. (2004). Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. *Production*, 14(3), 77-86. doi: 10.1590/S0103-65132004000300009
- Hennington, E.A. (2011). Entre o criativo e o precário: reflexões sobre constrangimentos e possibilidades do trabalhador da saúde em tempos líquidos. In C.M. Gomez, J.M.H Machado & P.G.L. Pena, *Saúde do Trabalhador na Sociedade Brasileira Contemporânea*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Neves, R. F.; Nunes, M. O. (2009). Incapacidade, cotidiano e subjetividade: a narrativa de trabalhadores com LER/DORT. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação*, 13(30), 55-56. doi: 10.1590/S1414-32832009000300006
- Neves, R.F. & Nunes, M.O. (2010). Da legitimação a (re)significação: o itinerário terapêutico de trabalhadores com LER/DORT. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(1), 211-220. doi: 10.1590/S1413-81232010000100026
- Oliveira, J.N. & Mendes, A.M. (2014). Sofrimento Psíquico e Estratégias Defensivas Utilizadas por Desempregados: Contribuições da Psicodinâmica do Trabalho. *Temas em Psicologia*, 22(2), 389-399. doi:10.9788/TP2014.2-10
- Organização Mundial da Saúde. (2003). *CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, incapacidade e saúde*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo-Edusp.
- Ramos, M. Z., Tittoni, J. & Nardi, H. C. A. (2008). Experiência de afastamento do trabalho por adoecimento vivenciada como processo de ruptura ou continuidade nos modos de viver. *Cadernos de*

- Psicologia Social do Trabalho*, 11(2), 209-221.
- Ribeiro, H.P. (1997). Lesões por Esforços Repetitivos (LER): uma doença emblemática. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(2), 85-93.
- Rocha, S.R. (2007). Depressão relacionada aos distúrbios osteomusculares no trabalho bancário. In A.M. Mendes. *Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rodrigues, P.F.V. & Bellini, M.I.B. (2010) A organização do trabalho e as repercussões na saúde do trabalhador e de sua família. *Textos & Contextos*, 9(2), 345-357. doi: 10.15448/1677-9509
- Sato, L. (2001). LER: objeto e pretexto para a construção do campo trabalho e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(1), 147-152.
- Seligmann-Silva, E. (1997). Saúde mental e automação: a propósito de um estudo de caso no setor ferroviário. *Cadernos de Saúde Pública*, 13(2), 95-109. doi: 10.1590/S0102-311X1997000600009
- Siqueira, A.C.A. & Couto, M.T. (2013). As LER/DORT no contexto do encontro simbólico entre pacientes e médicos peritos do INSS/SP. *Saúde e Sociedade*, 22(3), 714-726. doi: 10.1590/S0104-12902013000300006
- Silva, E.F., Oliveira, K.K.M. & Souza, P.C.Z. (2011). Saúde mental do trabalhador: o assédio moral praticado contra trabalhadores com LER/DORT. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 36 (123), 56-70. doi: 10.1590/S0303-76572011000100006
- Souza. N.S.S & Santana V. S. (2011). Incidência de doenças musculoesqueléticas incapacitantes. *Cadernos de Saúde Pública*, 27(11), 2124-2134. doi: 10.1590/S0102-311X2011001100006
- Souza, R.L.S. & Novo, H.A. (2001). Fabricando prazeres, produzindo dores: o cotidiano conjugal de trabalhadores com lesões por esforços repetitivos. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 3(4), 31-45.
- Sznelwar, L. & Zidan, L. (2000). Sofrimento no trabalho: uma leitura a partir de grupos de expressão. In L. Sznelwar & L. Zidan, (Orgs), *Trabalho humano como sistemas informatizados no setor de serviços*. São Paulo: Plêiade.
- Vanwonderghem, K., Yoopat, P. & Maes, C. (2012). Musculoskeletal disorders: a new approach. *Work*, 41, 2293-2298. doi: 10.3233/WOR-2012-0454-2293
- Verthein, M.A.R. & Gomes, C.M. (2000). O território da doença relacionada ao trabalho e a medicina nas LER. *Physis - Revista Saúde Coletiva*, 10(2), 101-127.

Lista de Tabelas

Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos sujeitos entrevistados acometidos por LER/DORT

Tabela 1 - Dados sociodemográficos dos sujeitos entrevistados acometidos por LER/DORT

Dados	N. total= 18
Faixa etária	28 a 56 anos de idade
Gênero	Feminino: 16 Masculino: 2
Tem filhos	Não: 4 Sim: 14
Escolaridade	Ensino fundamental incompleto: n=5 Ensino médio completo: n=5 Ensino superior: n=8
Profissão	Auxiliar de serviços gerais: n=2 Auxiliar de limpeza: n=2 Auxiliar de enfermagem: n=1 Analista de RH: n=1 Caixa bancário: n=2 Contador: n=1 Copeiro: n=1 Cozinheiro: n=1 Editor de imagens: n=1 Gerente/ subgerente bancário: n=3 Médico: n=1 Motorista de ônibus: n=1 Montador de antenas: n=1
Tempo de serviço na última empresa	>5anos: n=12 ≤5 anos: n=6
Tempo de serviço na profissão ou setor	>5anos: n=15 ≤5 anos: n=3

RECEBIDO EM: 03/11/2016
 PRIMEIRA DECISÃO EDITORIAL: 17/04/2017
 VERSÃO FINAL: 25/04/2017
 APROVADO EM: 31/08/2017

