

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA - UnB
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

**Reabilitação e reinserção no trabalho de bancários portadores de
LER/DORT: Análise Psicodinâmica**

Aluna: Elisabeth Zulmira Rossi
Orientadora: Dra. Prof^a Ana Magnólia Mendes

Brasília, março de 2008

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Reabilitação e reinserção no trabalho de bancários portadores de
LER/DORT: Análise Psicodinâmica

Elisabeth Zulmira Rossi

Orientadora: Profa. Dra. Ana Magnólia Mendes

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social do Trabalho e das Organizações, do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do título de Doutora em Psicologia.

Brasília, março de 2008

*Dor não é amargura.
Minha tristeza não tem pedigree,
Já a minha vontade de alegria,
Sua raiz vai ao meu mil avô.*

Adélia Prado

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

Folha de Avaliação

**Reabilitação e reinserção no trabalho de bancários portadores de
LER/DORT: Análise Psicodinâmica**

Data da defesa: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Ana Magnólia Mendes – PG-PSTO/UnB
Presidente

Prof^a. Dr^a. Ana Lúcia Galinkin – PG-PSTO/UnB
Membro

Prof.Dr. Marcus Vinicius Soares Siqueira - PPGA/UnB
Membro

Prof. Dr. José Newton Garcia de Araújo – PG-Psicologia/PUC - MG
Membro

Prof^a. Dr^a. Kátia Barbosa Macedo – PPGA/UCG – GO
Membro

Prof. Dr. Mário César Ferreira – PG-PSTO/UnB
Suplente

Brasília, março de 2008

AGRADECIMENTOS

- À Ana Magnólia, minha orientadora, que acolheu a minha proposta de pesquisa, apresentou os fundamentos da Psicodinâmica do Trabalho com maestria e apontou a oportunidade de estágio de doutorado no exterior.
- A Christophe Dejours, por ter-me recebido em seu Laboratório no Instituto de Psicologia do Trabalho e da Ação do Conservatório Nacional das Artes e Ofícios - Paris, Fr. As suas observações e sugestões foram de grande importância para este estudo.
- À CAPES, pela bolsa do Programa de Doutorado no País com Estágio no Exterior – PDEE.
- Aos professores que participaram da banca de qualificação do projeto, especialmente o professor Odair Furtado, pelas sugestões e críticas.
- A todos os colegas do Grupo de Saúde e Trabalho, o coletivo de trabalho que possibilitou o compartilhamento de conhecimentos, de informações, de impressões e de dúvidas quando do desenvolvimento deste projeto de pesquisa.
- A todos os bancários que gentilmente concordaram em participar da pesquisa.
- Ao Sindicato dos Bancários de Goiânia, na pessoa de seu presidente Manoel do Bonfim, que proporcionou condições para a realização do projeto de pesquisa.
- À Elaine Rossi, pela acolhida em sua casa em Brasília e pelo incentivo nessa jornada.
- À Adriana Pinho, colega de estrada e de estudo da Psicodinâmica do Trabalho, com quem pude compartilhar dúvidas, incertezas e alegrias.
- Ao Sr. Juventino, pela ajuda prestimosa no vaivém entre Goiânia e Brasília.
- A todos os amigos que, intelectual e afetivamente, incentivaram, acreditaram e torceram pela construção e realização deste estudo.

SUMÁRIO

	Pág.
Folha de Avaliação	i
Agradecimentos	iii
Sumário	iv
Lista de Figuras	v
Resumo	vi
Abstract	vii
Introdução	08
1. O PROCESSO DE ADOECIMENTO NO TRABALHO BANCÁRIO	16
1.1 Considerações gerais sobre o trabalho bancário	16
1.2 As metamorfoses do trabalho bancário	17
1.3 O sofrimento e o processo de adoecimento do trabalhador bancário	24
1.4 Os impactos decorrentes da reestruturação do trabalho bancário na vivência do tempo, na subjetivação e na saúde	31
2. A ABORDAGEM DA PSICODINÂMICA DO TRABALHO	36
2.1 Percurso teórico da psicodinâmica do trabalho	36
2.2 As vivências de prazer-sofrimento no trabalho	38
2.3 A organização do trabalho	40
2.4 As estratégias de mediação do sofrimento	43
2.4.1 As estratégias de defesas	43
2.4.2 As estratégias de mobilização subjetiva	48
2.5 O destino dado ao sofrimento	49
2.6 A Contribuição de Outros Autores	54
2.6.1 Estudos sobre o sofrimento no trabalho	55
2.6.2 Estudos sobre as vivências de prazer-sofrimento no trabalho	64
2.6.3. Estudos sobre as estratégias de mediação do sofrimento	70
2.6.4. Estudos sobre a inter-relação saúde-trabalho	74
3. O ADOECIMENTO POR LER/DORT E O PROCESSO DE REABILITAÇÃO E REINSERÇÃO NO TRABALHO	84
3.1 Aspectos históricos do reconhecimento das LER/DORT no trabalho	84
3.2 A mudança de denominação: LER por DORT	87
3.3 A origem das LER/DORT	89
3.4 As LER/DORT e a dor	92
3.5 Os fatores de risco para o surgimento das LER/DORT	94
3.6 A caracterização do adoecimento por LER/DORT	100
3.7 As conseqüências psicossociais da doença	103
3.8 O processo de reabilitação profissional	103
3.9 As limitações do tratamento das LER/DORT e as possibilidades de reinserção no trabalho	111

4. OBJETO DE INVESTIGAÇÃO	125
4.1 Desenho gráfico do objeto de investigação	133
5. METODOLOGIA	134
5.1 Participantes	135
5.2 Instrumentos	137
5.3 Procedimentos	138
5.4 Análise dos dados	139
6. ANÁLISE CLÍNICA DA ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO E O PROCESSO DE ADOECIMENTO DE BANCÁRIOS POR LER/DORT	143
6.1 A organização do trabalho e o processo de adoecimento	143
A história do João	143
A história da Alice	153
A história do José	162
A história de Maria	169
6.2 As vivências de sofrimento e as estratégias de defesas	179
7. O OLHAR DOS BANCÁRIOS ADOECIDOS POR LER/DORT SOBRE O PROCESSO DE REABILITAÇÃO FÍSICA E REINSERÇÃO NO TRABALHO	188
Parte I – O processo de reabilitação da saúde	188
Parte II – As vivências de volta ao trabalho	199
8. O OLHAR DOS DIVERSOS ATORES SOBRE O PROCESSO DE REABILITAÇÃO E REINSERÇÃO DO BANCÁRIO NO TRABALHO	213
Os Médicos-Peritos	213
Os Profissionais de Saúde	219
Os Gestores Organizacionais dos bancos representados	223
Os Profissionais dos Sindicatos dos Bancários do Distrito Federal e de Goiás	230
9. O FRACASSO DA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL DE BANCÁRIOS PORTADORES DE LER/DORT	238
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	250
ANEXOS	259

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Triângulo da alienação social - sofrimento no trabalho	51
Figura 2 - Objeto de investigação	133

RESUMO

Este estudo de caso investiga a psicodinâmica do processo de reabilitação da capacidade laboral e reinserção ao trabalho de bancários portadores de LER/DORT, tendo como suporte teórico os princípios da Psicodinâmica do Trabalho que estuda a saúde psíquica do trabalhador, mediada pelas vivências subjetivas de prazer-sofrimento no trabalho. Nessa dinâmica, analisa a função das estratégias de defesas individuais e coletivas utilizadas pelos trabalhadores para enfrentar o sofrimento engendrado pelas relações subjetivas de trabalho e transformá-lo em prazer e manter a saúde em estado de normalidade. O trabalho bancário no Brasil tem sofrido transformações radicais nos últimos anos resultantes da automação e informatização das tarefas. As conseqüências dessas mudanças repercutiram na forma de trabalhar: a aceleração do ritmo, as longas jornadas de trabalho, as exigências por maior qualificação, o aumento da pressão por tempo e por produtividade e as ameaças de perda do emprego. Paralelamente, surgem novos modos de adoecimento decorrentes das atuais configurações da organização do trabalho bancário, como as LER/DORT. Essa patologia tem sintomatologia somática cujo processo ocorre a partir da combinação dos efeitos específicos dos fatores: repetitividade, pressão de tempo e produtividade, decorrentes do trabalho informatizado. Esses fatores não atingem primeiro as articulações ou os tendões, e sim funcionamento mental. Tendo a dor com o primeiro sintoma, o adoecimento por LER/DORT coloca em questão a permanência do bancário no ambiente de trabalho. A metodologia utilizada está apoiada nos princípios da Psicodinâmica do Trabalho. Participaram do estudo quatro bancários, dois homens e duas mulheres, e seis profissionais que estão envolvidos no processo de tratamento e reinserção de bancários portadores de LER/DORT. Para coleta de informações foram utilizadas a entrevista clínica e a entrevista aberta. Os dados foram analisados de acordo com a análise clínica do trabalho e análise do núcleo de sentido. A reabilitação da capacidade laboral dos bancários portadores de LER/DORT é tida como um desafio por causa da multiplicidade de fatores presentes em sua etiologia. A reabilitação profissional está prevista na constituição de 1988 e as condições para ingresso no Programa de Reabilitação Profissional oferecido pela UTRP/INSS dependem do estabelecimento do nexos causal da patologia com o trabalho e também da capacidade laboral residual. Os resultados das análises indicam que, sob o ponto de vista dos bancários, a reabilitação da capacidade laboral e a reinserção no trabalho fracassam por vários fatores: pelo sentimento de abandono e de exclusão do banco; pelas perdas materiais e simbólicas; pela fragilização do aparelho músculo-esquelético; pela cronicidade da dor, que tem relação com a perda das estratégias defensivas, os bancários acreditam que não estão curados. Para os profissionais envolvidos nesse processo, a reabilitação da saúde e a reinserção no trabalho fracassam pelos seguintes motivos: os bancários não querem se tratar para obtenção de ganhos secundários com a doença; pela falta de disciplina no tratamento que leva às recidivas; na volta, os bancários não encontram condições psicossociais para a sua permanência e manutenção da saúde por causa da exclusão e desconfirmação de suas limitações funcionais; o órgão responsável pela Reabilitação Profissional não possui estrutura técnica e orçamentária para realizar acompanhamento e supervisão dos casos de reinserção; o afastamento do ambiente de trabalho, por um longo período, dificulta a volta. Enfim, a perda das estratégias defensivas, sem elas os bancários não podem mediar a percepção do medo e, por isso, a permanência dos sintomas somáticos fracassa a tentativa de retorno para o trabalho.

ABSTRACT

This case study investigates the psychodynamics of the rehabilitation process of work capacity and work reinsertion of bank workers with RSI/WROD (Repetitive Strain Injury/Work-Related Osteomolecular Disease). It is grounded on the principles of the Psychodynamics of Work, which studies the worker's psychic health mediated by subjective experiences of pleasure-suffering at the workplace. Analyzed within this dynamics is the function of the strategies of individual and collective defenses used by workers to face hardships engendered by subjective work relations, change it into pleasure and maintain health in a normal status. In Brazil, bank work has undergone deep changes within the past years as a result of task automation and informatization. The consequences of such changes were reflected in the manner of working: pace acceleration, longer work journeys, demands for more qualification, an increase in the pressure for time and productivity as well as threats of job dismissal. Alongside with these came new ways of developing ill health as a result of the current configurations of the organization of bank work, as is the case with RSI/WROD. This pathology bears a somatic symptomatology. The process is triggered from the combination of the specific effects of the following factors: repetition, pressure for time and productivity. Such factors do not initially reach the articulations or tendons, but rather, adequate mental functioning. Once pain is the first symptom, permanence at work on the part of bank workers taken ill due to RSI/WROD is brought to light. The methodology used is grounded on the principles of the Psychodynamics of Work. Two male and two female bank workers participated in the study, including six professionals who are involved in the process of treatment and reinsertion of bank workers presenting with RSI/WROD. Clinical interview was used for information collection and the resulting data were analyzed according to the clinical analysis of work and analysis of the nucleus of sense. Rehabilitation of work capacity of bank workers presenting with RSI/WROD is regarded as a challenge due to the multiplicity of the factors present in its etiology. Professional rehabilitation is predicted in the Constitution of 1988 and the conditions for entering the Professional Rehabilitation Program offered by the UTRP/INSS (respectively the Technical Union of Professional Rehabilitation and the National Health System) depend on the establishment of the causal nexus of the pathology with the work task and also the residual work capacity. The results of the analyses indicate that, from the point of view of bank workers, the rehabilitation of work capacity and job reinsertion have failed for a number of factors: the feeling of abandonment and exclusion from the workplace; for symbolic and material losses; for the weakening of the muscle-skeleton system; for the chronicity of pain, which is related to the loss of defensive strategies, bank workers do not believe that they have been healed. For the professionals involved in this process, health rehabilitation and job reinsertion have failed for the following reasons: the bank workers do not want to be treated in order to obtain secondary gains from the disease; for the lack of discipline in the treatment, which leads to relapses; upon their return, the workers did not find psychosocial conditions for their permanence and health maintenance because of exclusion and disconfirmation of their functional limitations; the institution in charge of professional rehabilitation does not bear either a technical or financial structure to carry out a follow-up and supervision of reinsertion cases; the long-term displacement from the workplace makes returning difficult. Finally, the loss of defensive strategies, without which the bank workers are not able to mediate fear perception and, for this reason, the permanence of somatic symptoms undermines the attempt to return to work.

INTRODUÇÃO

As transformações intensas ocorridas no processo de trabalho bancário ao longo dos últimos anos marcaram a redução da força física com a implantação da automação dos processos produtivos. Tais mudanças impuseram um novo modo de trabalhar em que o corpo continua sendo exigido, porém com esforços contínuos, mais rápidos, dando a impressão de serem inofensivos por causa da leveza no manuseio das novas máquinas, que requerem mais habilidade (Ribeiro, 1999) do que força física.

No entanto, com elas surgem a aceleração do ritmo, as longas jornadas de trabalho, as exigências por maior qualificação, o aumento da competitividade, as ameaças de perda do emprego. A todos esses fatores somam-se o processo de terceirização de tarefas, as privatizações, os processos de reengenharia vinculados aos programas de qualidade total, os novos modelos de gerenciamento e a intensificação da automação dos processos produtivos. Desse modo, com essa nova forma de trabalho vieram novos modos de adoecimentos decorrentes das novas exigências da organização do trabalho, como a imposição de diferentes cargas de trabalho e mais pressão por produtividade. Entre essas novas formas de adoecimento estão as Lesões por Esforço Repetitivo e/ou os Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT).

De acordo com Jinkings (1996), Segnini (1999), Laranjeira (1997), Grisci (1999) e Ribeiro (1999), as mudanças dos processos de trabalho bancário resultam da incorporação de novas tecnologias que viabilizaram o aumento extraordinário da produtividade e lucratividade dos bancos, às custas da redução do número de postos de trabalho e da extinção de tarefas. Isso provocou mudanças drásticas na organização prescrita do trabalho, pela complexidade dos serviços e necessidade de agilização e migração de tarefas, o que acentuou o esvaziamento e a fragmentação do conteúdo e sentido do trabalho, forjou um novo perfil de bancário para atender às necessidades de qualificação para as novas funções geradas pela informatização.

Essas mudanças implicaram novas exigências demandadas pela organização do trabalho, com a intensificação do trabalho por causa da ausência de separação entre tempo de trabalho e de não trabalho, da extensão da jornada e da flexibilização funcional, somada às pressões por produção. Desse modo, agrava-se o quadro da precarização do trabalho, pelo maior desgaste físico, emocional e mental, com a conseqüente degradação da qualidade de vida.

Os dados pertencentes ao informativo do DIEESE - *Emprego e Desemprego Bancário: dados relevantes (2004)* - corroboram o quadro citado acima ao evidenciar que os ajustes dos bancos repercutiram no emprego. Entre os fatores que contribuíram para a redução do número de bancários estão: a automação, as novas formas de organização do trabalho bancário, a terceirização, as fusões e incorporações e o desrespeito à jornada legal. Além da redução do quadro de pessoal, constata-se também a alteração do perfil da categoria mediante a ampliação da parcela de trabalhadores em funções gerenciais e a redução relativa do número de escriturários e auxiliares.

De acordo com esse informativo, no final da década de 1980, estimava-se que os bancários no país eram 811.425 mas, em 2004, não chegavam à metade disso, ou seja, havia 405.453 bancários. De acordo com os dados do Cadastro Geral de Empregos e Desempregos (CAGED), de janeiro a outubro de 2004 os bancos demitiram 29.362 bancários, uma média de quase 3.000 demissões por mês; destas, o maior índice encontrava-se na faixa dos trabalhadores com 10 a 20 anos de banco. Ainda, segundo este informativo, um outro dado relevante ao perfil da categoria é o número de bancários por tempo de casa. Em 2003, 36% tinha até 05 anos de casa; enquanto que os bancários com mais de 20 anos de tempo de serviço representava 21%. A maior ocorrência de demissão encontrava-se entre os bancários na faixa entre 10 a 20 anos de tempo de serviço.

O informativo do DIEESE atribui às novas formas de organização do trabalho bancário uma parcela significativa da responsabilidade na redução do emprego, pois, ao longo dos últimos anos, as empresas bancárias têm aperfeiçoado uma nova forma de organização que modifica as funções e as rotinas, dispensando o trabalho de controle e supervisão exercido pelas chefias intermediárias e criando grupos de trabalho que assumem novas tarefas e se responsabilizam por sua execução. Isso torna os procedimentos operacionais bancários rígidos, pelo alto nível de informatização, com a conseqüente redução dos níveis de autonomia e desenvolvimento de ambientes e rotinas marcadas pela pressão, fato que induz ao acometimento de doenças ocupacionais.

De acordo com os dados do Anuário Estatístico da Previdência Social de 2006, durante o período entre 2004 a 2006 foram registrados 26.645 novos casos de doenças profissionais no Brasil, sendo 14.329 referentes ao sexo masculino e 12.316 ao sexo feminino. Desse total, de acordo com a classificação por Setor de Atividade Econômica, o setor financeiro registrou 2.652 novos casos de doenças do trabalho, naquele mesmo período.

As LER/DORT, reconhecidas como doenças ocupacionais, têm sido apontadas como

uma conseqüência das novas configurações da organização do trabalho, principalmente quanto aos novos modos de execução dos processos de trabalho, marcados pela repetição dos movimentos, pela intensificação do ritmo e pela pressão do tempo para atender às demandas por produtividade e qualidade. Também o aumento da carga de trabalho e da jornada, agravadas pelas novas formas de gestão expressas pela flexibilização do trabalho e ameaças de perda do emprego contribuem para agravar esse quadro.

Para Ribeiro (1999), as LER/DORT estão ajudando a derrubar o mito de que as novas tecnologias eliminaram o trabalho manual, uma vez que os trabalhadores estão adoecendo justamente pela sobrecarga musculoesquelética estática, que são os elementos físicos responsáveis, por lesões dos órgãos e tecidos do aparelho locomotor.

Nesse sentido, atualmente o trabalho informatizado tem se tornado penoso e sofrido em qualquer setor. Porém, Ribeiro (1999) faz questão de explicar que não é a automação dos processos de produção, em si mesma, que causa as doenças. A patogenia está na forma como esses novos instrumentos e meios são apropriados e incorporados ao uso e às novas formas de gestão inerentes à reorganização do trabalho. Nesse processo, os empresários impõem e as gerências administram, sem uma preocupação maior com as repercussões sociais e com a saúde daqueles que realizam o trabalho.

Na visão do autor, dos conflitos decorrentes entre os interesses do patronato e as necessidades daqueles que trabalham subalternamente, sem poder interferir nas políticas empresariais, poderá emergir o adoecimento coletivo, a exemplo das LER/DORT. Essa forma de violência oculta tem adquirido caráter epidêmico, cujas vítimas são os trabalhadores hierarquicamente mais subordinados, o que tornam as LER/DORT uma doença socialmente determinada.

Para Dejours (2000), as LER/DORT têm relação direta com a organização do trabalho. Numa dinâmica entre sofrimento psíquico e fragilização somática, a patologia se instala quando há uma combinação dos efeitos específicos da repetitividade das ações e da pressão de tempo. A pressão por produtividade não atinge primeiro o corpo, as articulações; o seu primeiro alvo é o funcionamento psíquico. Nesse processo concorrem três fatores: o sedentarismo das tarefas e a rigidez das posturas; as relações intersubjetivas de trabalho que, por dificuldade de expressão do sentimento e descontentamento, favorece a repressão pulsional; e, por último, o aumento das cadências do ritmo de trabalho. Esses fatores contribuem para o desencadeamento das patologias de sobrecarga, como das LER/DORT.

O principal sintoma das LER/DORT é a dor (Mendes e Cruz, 2004; Miranda, 1998; Ribeiro, 1990; Martins e Assunção, 2002), acompanhada pela sensação localizada de desconforto, peso ou formigamento. A dor tem início leve, surdo, inconstante e aparece com os movimentos, podendo se irradiar, se tornar difusa, despertada por lesões leves e acabar por se tornar contínua. Acomete principalmente as extremidades superiores, às vezes, ocasionando degeneração dos tecidos. São designadas por: tenossinovites, tendinites, sinovites, epicondilites, lesões inflamatórias do sistema osteomioesquelético e conjuntivo.

De acordo com informações da Associação dos Portadores de LER (APLER) do Estado de Goiás e Tocantins, em 2004 a instituição contava com 500 associados. Porém, a instituição aponta para um fato curioso: embora o número de associados pareça relativamente pequeno diante da gravidade do problema apresentado em pesquisas, sabe-se da existência informalmente de um número maior de casos de bancários adoecidos que não têm procurado a Associação, muito menos tratamento, e que continuam trabalhando.

Diante desse cenário, este estudo propõe-se a investigar a psicodinâmica do processo de reabilitação da capacidade laboral e reinserção profissional de trabalhadores bancários portadores de LER/DORT.

A reabilitação profissional no Brasil patrocinada pela Previdência Social é garantida pela Constituição de 1988 como uma política para permitir ao trabalhador a sua reintegração no trabalho. De acordo com a Orientação Interna nº 116 INSS/DIRBEN, de 25/06/2005, o Serviço de Reabilitação Profissional é realizado pela Unidade Técnica de Reabilitação Profissional (UTRP) que é ligada à Agência de Perícia Médica do INSS e está situada em todas as capitais do país.

Porém, a reabilitação profissional constitui em um impasse, não só por ter havido uma separação entre o processo de tratamento da saúde e a reabilitação profissional, mas também por não levar em consideração as conseqüências psíquicas do adoecimento, que repercutem na recuperação da capacidade laboral e na reabilitação profissional. Da forma como tem sido conduzida, a reabilitação profissional gera mais desinserção (Araújo, 1998) do que reinserção.

Um outro aspecto a ser ressaltado é a baixa produção de literatura sobre os resultados do processo de reabilitação e reinserção profissional de bancários portadores de LER/DORT em condições físicas e psíquicas que possibilitem a permanência no trabalho.

Este estudo está apoiado nos princípios da Psicodinâmica do Trabalho, que estuda a saúde do trabalhador mediada pelas vivências subjetivas de prazer-sofrimento no trabalho.

Essa dinâmica permite a análise da inter-relação entre as estratégias individuais e coletivas utilizadas pelos trabalhadores para enfrentar o sofrimento e transformá-lo em prazer. A escolha dessa abordagem se deu em razão de ela fornecer uma compreensão da dinâmica intersubjetiva entre o trabalhador e a organização do trabalho no processo de construção da saúde.

De acordo com a Psicodinâmica do Trabalho, o processo de saúde e adoecimento é caracterizado pelo jogo de forças das vivências de prazer-sofrimento e pela utilização de mediações que viabilizam a mobilização subjetiva dos trabalhadores para a construção de sentido no trabalho. O adoecimento emerge após fracassarem todas as possibilidades de adaptação ou de ajustamento das exigências da organização do trabalho para colocar em concordância com as necessidades e os desejos do trabalhador e quando a dinâmica do reconhecimento não é exercida.

Para Dejours (1986) o processo de construção da saúde no trabalho é mediado pela liberdade para efetuar a adaptação e para regular as exigências da organização do trabalho às variações do próprio corpo e das necessidades psíquicas do trabalhador, ou seja, o trabalhador ter liberdade sobre a organização do trabalho.

Diante dessas questões formula-se a tese de que o programa de reabilitação profissional oferecido da pela Unidade Técnica de Reabilitação Profissional do INSS – Goiânia-GO apresenta falhas, por não considerar:

- A análise psicodinâmica das relações intersubjetivas de trabalho, que envolve a busca pelo prazer e pelo reconhecimento no trabalho e as mediações do sofrimento articuladas à organização do trabalho, responsável pelo adoecimento por LER/DORT;
- As conseqüências psíquicas do adoecimento por LER/DORT, que provocam o reaparecimento dos sintomas;
- O comprometimento dos modos de mediação do sofrimento, que leva ao fracasso das tentativas de volta para o trabalho.

Esta proposta de elaboração de um modelo integrado será assegurada pelo alcance dos seguintes objetivos:

Geral

Analisar a psicodinâmica do processo de reabilitação e reinserção profissional de

trabalhadores bancários portadores de LER/DORT oferecido pela Unidade Técnica de Reabilitação Profissional do INSS em Goiânia.

Específicos

- ✓ Analisar o processo de adoecimento por LER/DORT no trabalho bancário em homens e mulheres;
- ✓ Descrever as vivências de prazer-sofrimento inerentes ao processo de adoecimento por LER/DORT;
- ✓ Identificar as principais estratégias de mediação utilizadas pelos bancários para enfrentar o sofrimento antes, durante e após o adoecimento por LER/DORT;
- ✓ Analisar os procedimentos de reabilitação profissional realizado na Unidade Técnica de Reabilitação Profissional do INSS em Goiânia;
- ✓ Investigar as possibilidades de reintegração ao trabalho após o processo de reabilitação.

Para alcançar esses objetivos, a metodologia utilizada é a de estudo de caso. Participaram deste estudo quatro trabalhadores bancários - 02 homens e 02 mulheres - acometidos por LER/DORT, que possuíam a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) emitida pelos bancos de vínculo e que passaram ou não pelo Programa de Reabilitação Profissional da UTRP do INSS-Goiânia.

Os capítulos teóricos não pretenderam ser exaustivos em cada tema percorrido, pois procurou-se ater àquelas publicações mais próximas do objeto de estudo. As questões referentes à reabilitação e reinserção dos bancários portadores de LER/DORT no trabalho são relativamente novas e pretende-se, com o presente estudo, contribuir com análises e informações sobre esses dois processos tão importantes para a vida do trabalhador.

O primeiro capítulo trata do processo de adoecimento no trabalho bancário. Inicialmente apresenta as características do trabalho bancário de acordo com as transformações ocorridas ao longo dos últimos anos. Apresenta o sofrimento psíquico e o adoecimento dos bancários como decorrentes do enfrentamento das novas configurações e imposições da organização do trabalho, inclusive a vivência de uma nova temporalidade.

O segundo capítulo apresenta os princípios teóricos da Psicodinâmica do Trabalho, de acordo com o pensamento de Christophe Dejours e de Ana Magnólia Mendes expressos nos conceitos de organização do trabalho, vivências de prazer-sofrimento no trabalho, estratégias defensivas e coletivas para o enfrentamento do sofrimento e a busca do prazer para a construção da saúde no trabalho. Ainda, evidencia achados empíricos de pesquisadores brasileiros fundamentados nos princípios da Psicodinâmica, nos últimos dez anos.

O terceiro capítulo aborda as principais questões referentes ao processo de adoecimento por LER/DORT, em específico o dos bancários, como o reconhecimento da doença, as discussões sobre a sua etiologia, os fatores de risco, o quadro sintomatológico e as conseqüências psicossociais da doença. Também discute as modalidades adotadas no tratamento das LER/DORT, as questões legais que envolvem a reabilitação profissional, e as experiências de tratamentos alternativos aos convencionais.

O quarto capítulo apresenta o objeto de investigação. Ele estabelece uma dinâmica em que a organização do trabalho funciona como uma variável antecedente para as vivências de prazer-sofrimento. Dessas vivências surgirão as estratégias de defesas para mediar a saúde ou o adoecimento no trabalho

O quinto capítulo indica a metodologia utilizada para a coleta e análise das informações e está apoiada nos princípios da Psicodinâmica do Trabalho. Como instrumentos de pesquisa foram utilizadas a entrevista clínica e a entrevista individual e aberta para coleta de dados. A análise clínica das situações reais de trabalho permitiu identificar a sua materialidade a partir das descrições físicas das tarefas, integradas ao trabalho vivo do ambiente intersubjetivo de trabalho. A análise do núcleo de sentido permitiu identificar a dinâmica dos processos de reabilitação da capacidade laboral e as possibilidades de retorno dos bancários ao trabalho.

O capítulo seis aborda sobre a análise clínica dos processos de adoecimento por LER/DORT, a descrição das atividades desenvolvidas por cada participante e a análise da dinâmica intersubjetiva entre bancário e organização do trabalho que desencadeou adoecimento. Em seguida, as vivências de prazer-sofrimento e a construção de estratégias defensivas.

O sétimo capítulo traz as categorias da análise categorial temática, de acordo com a análise do núcleo de sentido do processo de reabilitação da capacidade laboral e as estratégias defensivas utilizadas pelos bancários no período em que estavam afastados do

trabalho para tratamento. Em seguida, as categorias das vivências de retorno ao trabalho.

O capítulo oito apresenta as categorias da análise temática, baseada na análise do núcleo do sentido, na percepção de diferentes profissionais envolvidos no processo de reabilitação da capacidade laboral e na reinserção de bancários acometidos por LER/DORT.

O último capítulo discute a reabilitação profissional dos bancários portadores de LER/DORT, a partir dos resultados das análises. Ao responder às questões norteadoras deste estudo sustenta a tese que defende.

1. O PROCESSO DE ADOECIMENTO NO TRABALHO BANCÁRIO

Este capítulo apresenta as características do trabalho bancário e as mudanças estruturais ocorridas ao longo dos últimos anos. Em seguida, discute o processo de adoecimento que, de acordo com resultados empíricos de vários autores, é uma consequência do enfrentamento dos trabalhadores com as novas imposições da organização e das condições de trabalho. As manifestações desse processo de adoecimento estão na tensão e no medo, somados ao acometimento de Lesões por Esforço Repetitivo/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT). Estas acontecem em virtude do excessivo processo de automação bancária, da intensificação do ritmo, das pressões por produtividade e das ameaças de demissão, condições essas que imprimem novas formas de vivência do tempo, da subjetivação e da saúde.

1.1. Considerações gerais sobre o trabalho bancário

O processo de adoecimento no trabalho bancário deve ser compreendido a partir da sua vinculação com as especificidades das tarefas e com as contínuas mudanças estruturais pelas quais passa. Essas mudanças visaram a atender as demandas de um mercado cada vez mais competitivo e que ao longo da história da constituição do sistema financeiro nacional, vem sendo submetido a um conjunto de estratégias políticas e econômicas para sua adequação ao sistema financeiro mundial.

As considerações sobre os modos de trabalho bancário, as transformações ocorridas nas últimas décadas e o seu impacto no cotidiano dos trabalhadores foram pesquisadas por Jinkings (1996), Segnini (1999) e Laranjeira (1997).

Primeiramente, Jinkings (1996) afirma ser “*característica do trabalho bancário a transformação da mercadoria-dinheiro, seu objeto, em capital produtor de juros.*” (...). “*Assim, é no processo de dinheiro gerando dinheiro que se fundamenta o trabalho bancário*” (p. 12, 18). Para justificar essa idéia, a autora cita Romanelli (1970) e acrescenta que para realizar a metamorfose do dinheiro em impulsionador da produção de mercadorias, os trabalhadores bancários realizam um conjunto de operações, com a transcrição de algarismos em documentos diversos, os quais, por sua vez, se transformam em outros papéis, que

representam cifras e indicam os volumes de financiamento, juros ou comissões.

A partir das mudanças ocorridas na organização e na forma de execução do trabalho bancário pela inovação tecnológica, os papéis foram substituídos pelos dados armazenados e manipulados em sistemas eletrônicos. Os dados são arquivados na memória dos computadores e, com isso, o trabalhador bancário não “*manipula prioritariamente papéis em seu cotidiano de trabalho; a digitação de dados tomou o lugar das anotações manuais ou mecânicas dos números representativos das somas e valores*” (Jinkings, 1996, p. 15).

1.2 As metamorfoses do trabalho bancário

Desde então, as mudanças no trabalho bancário não pararam de ocorrer. Continuamente o bancário é confrontado com novas transformações e inovações que implicam diretamente no seu trabalhar, tanto em consequência do processo de automação, quanto pelas novas formas de gestão, que exigem um novo perfil de profissional.

Mediante um percurso histórico do trabalho bancário, Jinkings (1996) evidencia que as configurações atuais do sistema financeiro tiveram suas condições de desenvolvimento originadas no período da Revolução de 1930, com as transformações sofridas pela economia que, se até então era baseada no sistema agro-exportador, passa a se apoiar no sistema produtivo urbano-industrial. Desse modo, o crescimento da rede bancária decorreu do processo de urbanização e industrialização que se intensificou após 1930. O trabalho bancário consistia em operações relativas a conta corrente, crédito e cobrança, mediante a manipulação e contabilização de papéis; “manualmente” os bancários realizavam todo o trabalho de escrituração de movimento diário.

Para a autora, nessa época, as condições de trabalho eram penosas e extremamente desgastantes. A jornada de trabalho se estendia madrugada adentro e incluía trabalho aos sábados. Essa realidade só foi modificada com a promulgação do Decreto Lei 23.332, de 03.11.1933, pelo Governo provisório de Getúlio Vargas, que estabelecia para os trabalhadores bancários uma jornada de seis horas, com possibilidade de prorrogação para até oito horas (Jinkings, 1996, p. 30).

Em seguida, após 1940, os bancos passaram a associar-se ao desenvolvimento das atividades especulativas. A partir de 1950, os bancos assumem a função de intermediadores

entre a produção-distribuição e o consumo. Nos anos 1960 houve a reestruturação profunda no sistema financeiro nacional, no bojo das mudanças ocorridas no país. Nesse período, a rede bancária começava a centralizar os serviços de arrecadação de impostos, taxas e cobranças para empresas públicas e privadas. Já na década de 1970, o processo de expansão do setor trouxe a concentração e o alastramento da especulação financeira.

A racionalização do trabalho no sistema bancário intensificou-se após 1964. O grande número de agências bancárias dispersas geograficamente exigiu mudanças organizacionais que viabilizassem o controle das atividades desenvolvidas pelos bancos. Para esse fim, ocorreu a centralização dos processos administrativos pelas matrizes e a descentralização dos serviços prestados pelas agências (Jinkings, 1996).

Com essas medidas, a atividade bancária atingiu alto grau de normatização que trouxe impacto profundo na organização do trabalho bancário. Foram essas configurações organizacionais que possibilitaram a automação bancária no Brasil.

Jinkings (1996) aponta quatro fases que marcaram radicalmente a transformação do trabalho bancário, todas elas decorrentes de processos de mudanças no sistema financeiro internacional e, por conseguinte, no nacional. A primeira fase da reforma bancária foi iniciada em 1964, vinculada ao contexto de mudanças políticas e econômicas do país, que possibilitaram uma profunda reestruturação do sistema financeiro nacional, “*conforme os interesses da nova composição social do poder*” (Jinkings, 1996, p. 38), e ao projeto econômico de frações da burguesia nacional aliadas aos interesses internacionais (Segnini, 1998). Com essa mudança o sistema financeiro assumiu posição estratégica para o desenvolvimento do país.

As principais reformas efetuadas a partir desse período compreendem, em nível macroeconômico os processos de fusões e incorporações, principalmente no setor privado que ocasionaram a diminuição do número de bancos, ao mesmo tempo em que se expandia a rede de agências no país. Em nível microeconômico, a diversificação dos serviços oferecidos aos clientes. Assim, para atrair clientes, os bancos aperfeiçoaram os serviços de atendimento e passaram a oferecer uma multiplicidade de serviços. Além dessas novas configurações, houve a intensificação do processo de racionalização do sistema bancário nacional, com vistas à obtenção do controle das atividades realizadas.

A implantação dessas medidas, fez-se necessária a padronização de rotinas dos serviços mediante a instituição de normas rígidas, divulgadas em todas as agências por meio

de manuais de instrução e regulamentos e que tiveram repercussão profunda na organização e na qualidade das condições de trabalho. Em seguida, tais rotinas viabilizaram o processo de automação bancária para atender ao aumento da demanda do mercado e, conseqüentemente, agilizar o fluxo de informações necessárias para a tomada de decisões, a redução dos custos operacionais e o controle das operações.

Para Jinkings (1996), a automação do trabalho bancário, iniciada na década de 1960 com a criação de centros de processamento de dados, inaugura a inversão de um processo: de um lado, o aumento da produtividade e lucratividade do setor, decorrente da intensificação da informatização dos procedimentos e das novas estratégias organizacionais; de outro, a intensa redução dos postos de trabalho. Essa nova realidade visou “*substituir não somente a mão humana, mas também as funções cerebrais requisitadas pela vigilância das máquinas*” (Lojkine apud, Jinkings, 1996, p. 46).

A introdução da informática no trabalho bancário desencadeou mudanças na organização e nas condições de trabalho pela complexidade dos serviços. A necessidade de agilização e migração de tarefas para os CPDs deu início ao processo de esvaziamento e fragmentação do conteúdo e do sentido do trabalho. Ocorreu então uma “*desapropriação do saber do bancário*” (Jinkings, 1996, p. 48), com um novo perfil do trabalhador, agora voltado para atender às necessidades de qualificação para o exercício das funções geradas pela informatização (digitadores, programadores e analistas) e das novas formas de gestão.

No início da década de 1980, surgiu a segunda fase de reestruturação bancária na forma da automação, dessa vez voltada para as atividades de atendimento, com a instalação de terminais eletrônicos *online* nas agências. Com essa mudança, tornou-se possível ao cliente movimentar sua conta corrente em tempo real, por meio de cartão magnético. Essa reestruturação visou dispensar a presença de funcionários na área de atendimento, ao mesmo tempo em que foram introduzidas novas modificações na organização e no conteúdo do trabalho bancário, principalmente nas atividades de caixa.

O serviço *online* possibilitou aos caixas o acesso às informações necessárias à execução de suas tarefas diretamente no terminal. Com isso, aumentaram drasticamente a produtividade, a rapidez no atendimento e ritmo de trabalho. A racionalização e automação culminaram na extinção de vários postos de trabalho, mas ao mesmo tempo, foram criados os cargos de gerente de negócios e operador de mercados.

A terceira fase de reestruturação bancária ocorreu no final da década de 1980 e é

considerada por Jinkings (1996) como o momento em que a automação se direciona para os serviços operacionais. Desta feita, o objetivo era a racionalização, o aumento da produtividade e a redução dos custos operacionais que provocaram uma diminuição drástica do trabalho manual referente ao manuseio de papéis. O avanço do sistema *online* atingiu os serviços internos de operações de cobrança, de câmbio, de empréstimo, de seguro e de poupança, dentre outros. Todos esses serviços passaram a ser realizados pelo próprio cliente no sistema *online*, direto no terminal nas estações de auto-atendimento. Foi no conjunto dessas transformações que ocorreu o desaparecimento de alguns postos de trabalho.

A quarta fase de transformação tecnológica no sistema bancário, nos anos de 1990, é caracterizada por novos serviços eletrônicos que permitem ao cliente, seja ele pessoa física ou jurídica, realizar operações financeiras de transferência, de aplicação, de pagamento, de poupança etc de sua própria residência ou escritório. Nessa nova concepção, o banco está dentro da casa do cliente via Internet: *home banking*, *Office banking*, *Internet banking* e outras modalidades de serviços que a tecnologia vem possibilitando (Jinkings, 1996).

A partir de então, essas mudanças afetaram o conceito de banco tanto no que diz respeito aos aspectos de espaço físico, de estrutura organizacional, das características dos serviços bancários quanto à valorização do trabalhador bancário.

Segnini (1999) também analisa as transformações do trabalho bancário na perspectiva do processo de reestruturação produtiva no setor bancário, num contexto de intensificação da mundialização dos mercados e dos fluxos financeiros. A autora constatou que a velocidade do processo possibilitou a internacionalização dos bancos e a interpenetração de diversos mercados para adequarem-se à lógica de livre mercado, o que, conseqüentemente, determinou a intensificação da competição no setor.

Segundo Segnini, a partir da estabilização da moeda em 1994 (Plano Real), o processo de reestruturação do sistema financeiro no Brasil, sob a coordenação do Banco Central, resultou de três ajustes. O primeiro decorreu do grande número de falências, fusões, incorporações e privatizações, e objetivou a melhoria da competitividade no mercado. Essa medida implicou ganhos de escala, ampliação da rede de agências, da carteira de clientes e aproveitamento de tecnologia e espaços. O segundo ajuste referiu-se às estratégias de ampliação da carteira de clientes e da lucratividade por meio do aumento da oferta de produtos e serviços e num contexto de intensa competitividade. O terceiro ajuste envolveu mudanças no aparelho regulatório, ou seja, mudanças no sistema de controle das garantias de créditos e aumento do poder intervencionista do Banco Central na administração dos bancos.

De acordo com a autora, a reestruturação na área bancária viabilizou o aumento da lucratividade, reduziu custos, garantiu segurança e melhoria da qualidade do trabalho, imprimindo-lhe um novo ritmo. Por outro lado, essas medidas provocaram uma redução drástica do emprego e levaram a um intenso estado de precarização desse setor, já agravado pelo uso da telemática, que informatizou um grande volume de serviços. No âmbito dessas transformações também ocorreu a terceirização das tarefas consideradas “não bancárias”, como transporte, segurança, limpeza, engenharia, manutenção e desenvolvimento de *softwares*. Conseqüentemente, foram adotadas diferentes formas de gestão, que viabilizaram a intensificação do trabalho em virtude da fusão de postos de trabalho e redução de níveis hierárquicos.

Para a autora, todas essas transformações tiveram reflexos no plano social, dado o agravamento do desemprego no setor, marcado pelas políticas de redução de custos em um contexto altamente competitivo. Postos de trabalho foram eliminados e adotou-se a prática de gestão flexível, em que o trabalhador realiza várias tarefas ao mesmo tempo, recebendo o mesmo salário. A redução de níveis hierárquicos e o incremento tecnológico em tarefas burocráticas e repetitivas possibilitaram a transferência da sua execução para o próprio cliente, nos terminais eletrônicos. Segnini (1999) afirma que essas mudanças atingiram diretamente as mulheres, tendo em vista que elas ocupavam, majoritariamente, os cargos de escriturários nos postos de trabalho de atendimento como suporte às tarefas administrativas.

Diante de um quadro de precarização do trabalho, Segnini (1999) e Dejours (1992, 2001) afirmam que o medo da perda do emprego constitui fator motivador para o trabalho, transformando-o em produtividade. A reestruturação bancária, portanto, acrescenta uma nova dimensão aos problemas sociais já existentes no país: o desemprego de trabalhadores qualificados, uma vez que bancário representa uma categoria profissional altamente escolarizada. Nos últimos tempos, em virtude do grau de sofisticação das tarefas e das mudanças na organização do trabalho, um novo perfil é exigido do trabalhador bancário para o exercício das novas funções que ora surgem.

Laranjeira (1997) acentua que o fenômeno da reestruturação produtiva no setor bancário no início dos anos 1990 foi marcado não somente pelo processo de informatização, mas principalmente pelas mudanças estruturais que afetaram a concepção dos produtos, dos mercados, das condições e da organização do trabalho, com vistas a enfrentar os problemas advindos da competição. Assim, a organização constituída por uma estrutura de funcionamento nos moldes da Organização Científica do Trabalho - taylorizada com tarefas

divididas entre a produção e o comércio, com a qualificação dos trabalhadores por “experiência”, modelo hierárquico rígido, mobilidade reduzida e promoção por tempo de serviço - foi alterada com as estratégias de racionalização dos serviços. As medidas de flexibilização do trabalho provocaram mudanças significativas na estrutura interna das instituições financeiras, pois o trabalho bancário adquiriu nova configuração, por exemplo, as atividades de atendimento que foram transportadas para o ambiente de rede para a realização de transações por conexão eletrônica, dispensando a presença do funcionário.

Mediante pesquisa sobre o processo de reestruturação bancária, Laranjeira (1997) destaca o impacto dessas mudanças na organização do trabalho e faz previsões para o setor. Na visão da autora, as agências de banco se tornarão um espaço apenas de negócio, uma vez que as transações cotidianas ocorrerão fora delas. Nessa direção, as configurações tenderão a adotar uma estrutura organizacional horizontal, com acentuada redução dos níveis hierárquicos, mantendo-se apenas as funções de gerente. Por essa razão, a organização do trabalho estará baseada não em uma estrutura de funções, e sim em processos e negócios constituídos por equipes. E para atuar nessa nova estrutura, o trabalhador bancário deverá ser polivalente, isto é, saber desempenhar qualquer operação demandada pelo cliente.

De acordo com as previsões feitas por Laranjeira (1997), os bancos deverão adotar a configuração de uma organização de alta performance, que provocará alterações significativas em suas estruturas. Nessa perspectiva, concederão maior poder decisório aos empregados, estimulando tanto a relação de cooperação entre estes e os gerentes quanto o trabalho em equipe, com ênfase à qualidade e à criatividade. Porém, essas mudanças têm dupla consequência: de um lado, significa enriquecimento do conteúdo da tarefa; de outro, provoca o esvaziamento da atividade gerencial, expresso na perda da autoridade e degradação do *status*. *“Se, de um lado cresce a autonomia, por outro crescem os encargos e a pressão emocional aos quais os bancários estão submetidos. Por isso, saber lidar com o estresse ocupacional torna-se um requisito importante para o ingresso na função”* (Laranjeira, 1997, p 117).

Dentre as consequências do processo de terceirização, a autora também prevê, em curto espaço de tempo, as seguintes mudanças: extinção de atividades antes consideradas estratégicas, como as de caixa e de atendimento; substituição do conceito de agência bancária pelo de franquia; mudança na configuração básica do trabalho bancário, pois, seguindo as tendências de a redução do trabalho burocrático, sobressairá a atividade de vendas dos produtos do setor, enquanto as agências se transformarão em pontos de negócios.

Nesse contexto, é exigido um novo perfil para o bancário, definido a partir de sua capacidade de lidar com tarefas não prescritas, tendo em vista que as rotinas foram informatizadas. O bancário deverá saber lidar com limites pouco definidos, ao contrário das exigências anteriores, quando as atividades eram claramente delimitadas pelo manual e, ainda, evidencia-se a elevação do nível de escolaridade da categoria. A forma de remuneração tende a combinar benefícios fixos e variáveis, concedidos em função da produtividade e rentabilidade da empresa. No que diz respeito à vinculação da remuneração variável a metas de maior produtividade, o resultado tem sido um desgaste emocional, principalmente num ambiente de ameaça constante de demissão, agravado pela contradição que enfatiza o trabalho em equipe, mas com individualização dos salários e avaliação individualizada de performance (Laranjeira, 1997). Esta é considerada por Dejours (2003) uma violência, uma tortura semelhante às que são praticadas em situações de guerra.

Laranjeira (1997) aponta a redução de pessoal como uma consequência social drástica resultante das transformações no setor bancário, em que estão associados dois fenômenos: a automação e a terceirização dos serviços, iniciadas pelas atividades ditas “não bancárias” e que atualmente vêm atingindo também as atividades de suporte que não agregam valor à atividade central, esta definida como área de negócios.

Com todas essas transformações, o trabalho e o bancário, hoje, já não são mais os mesmos de décadas passadas, seja na forma, no conteúdo ou no que representa para o trabalhador; também ele alvo da transformação. Atualmente, é exigido do bancário mais conhecimento do mercado, dos produtos financeiros e da tecnologia. Todas essas novas exigências implicam na intensificação do trabalho, por conta da ausência de separação entre tempo de trabalho e não trabalho, na intensificação da jornada, acrescida pela pressão da flexibilização funcional. Disso decorre um maior desgaste físico, emocional e mental, a degradação da qualidade de vida daqueles que permanecem no emprego, ou seja, intensifica-se o quadro de precarização do trabalho.

Nessa mesma direção, Kocyba (2007), em análise crítica das novas formas de gestão, como o toyotismo em substituição ao sistema ao taylorismo, evidencia que o deslocamento da hierarquia e do comando pelo processo de negociação e comunicação, pela instituição de equipes autônomas, pela autogestão e pela participação direta poderão aumentar as chances dos trabalhadores encontrarem reconhecimento no trabalho. Entretanto, para as empresas, as novas formas de gestão e de comunicação são saídas para a busca de eficiência e para aumentar o rendimento. Isso não significa que a margem de manobra permitida aos

trabalhadores, ou seja, uma maior autonomia para realizar o trabalho, represente uma manifestação de preocupação ou de humanização por parte das empresas. Dentre outros interesses, trata-se de uma estratégia para a redução do sistema de direção e dos custos de produção e uma forma para fazer com que os trabalhadores se sintam em dívida, em obrigação com a empresa. Por isso, para continuar merecendo reconhecimento os trabalhadores se dispõem a manter o seu esforço, a sua dedicação. Essa nova forma de gerenciamento, aparentemente, restitui a subjetividade do trabalhador, mas em troca a cobrança por produtividade é maior, justamente pelo sentimento de dívida do trabalhador em relação à empresa.

Enfim, o avanço da tecnologia voltada para o setor bancário proporcionou a inserção do Brasil no sistema financeiro mundial (Segnini, 1998). A automação do trabalho bancário teve impacto na produtividade e na rentabilidade dos bancos, melhorou as condições de trabalho dos bancários e trouxe facilidades para os clientes efetuarem suas transações financeiras. À primeira vista, o ambiente automatizado toma uma aparência asseptizada. Porém, trata-se de uma situação contraditória e complexa. Se de um lado, a tecnologia reduziu as tarefas, por outro, a organização do trabalho bancário, mediante mecanismos sofisticados de controle e gestão, constitui atualmente o principal fator de pressão e sofrimento para essa categoria de trabalhadores. Diante das atuais configurações, torna-se urgente conhecer os impactos dessas mudanças na saúde do bancário e identificar quais são as possíveis patologias decorrentes desse processo.

1.3 O sofrimento e o processo de adoecimento no trabalhador bancário

Como foi evidenciado por Jinkings (1996, p.31), até os anos 1960 a intensa jornada de trabalho, somada à discrepância salarial, à baixa capacidade aquisitiva dos trabalhadores, aos horários apertados, à alimentação insuficiente e ao temor da perda do emprego, configurava as péssimas condições de trabalho, as quais afetavam a saúde dos trabalhadores na forma de *tuberculose* e *psiconeurose bancária*, esta manifestada pelos sintomas de dificuldade de concentração, dor de cabeça, irritabilidade, insônia e fobias de várias espécies.

Atualmente, as condições e a organização do trabalho bancário são outras. A despeito do processo de informatização e de terceirização de grande quantidade das tarefas burocratizadas e rotineiras, paradoxalmente, estudos têm evidenciado que os bancários

continuam sendo acometidos por distúrbios psíquicos e físicos no enfrentamento dessa nova realidade.

Veloso (2000), em levantamento sobre os sintomas dos distúrbios físicos e psíquicos, constatou que por conta das características atuais do trabalho bancário, como pressão, exigência de produtividade, trabalho alienado e repetitivo, há indicação freqüente de uso de tranqüilizantes por parte desses trabalhadores. Ainda como decorrência do estresse e da tensão presentes no cotidiano do trabalho bancário, existe o acometimento por LER/DORT, em virtude do excessivo processo de automação bancária, da inadequação dos postos de trabalho, da intensificação do ritmo, das jornadas, das pressões por produtividade e das ameaças de demissão. Tudo isso tem agravado o quadro geral da saúde do trabalhador.

Em pesquisa empírica em um banco oficial do país, Veloso (2000) evidencia os principais agentes estressores do trabalho bancário, de acordo com a percepção dos próprios trabalhadores e a partir das novas configurações desse trabalho, tais como: novo perfil dos funcionários mais voltado para vendas, a importância dada ao cliente, o processo de informatização, o ambiente competitivo e do desemprego. Essas questões levam a uma constante necessidade de qualificação profissional, a cobranças por produtividade e a mudanças nas estratégias mercadológicas, tendo como foco a área de negócios.

Os resultados da pesquisa indicam que o trabalho bancário é considerado tenso e desgastante porque exige paciência, atenção e autocontrole; lida com valores/dinheiro dos clientes, dos acionistas e do próprio banco; possui um leque muito grande de produtos e cobrança contínua por cumprimento de metas; é um trabalho repetitivo e extremamente normatizado; existe uma competitividade acirrada no setor; as atividades financeiras se concentram no começo do mês; e porque lida com o público, ao qual tem de passar uma boa imagem. Todas essas ações são fatores de tensão, pois aumentam o volume de serviços e provocam filas de clientes. Acrescenta-se a tudo isso um ambiente de organização com excesso de cobrança e de sobrecarga de trabalho, que poderão levar a limites extremos de tensão.

Veloso (2000) também enfoca a pressão que existe no trabalho bancário, cujas fontes atribui aos seguintes indicadores: 1) o cliente, por ocupar um novo papel na estrutura bancária, decorrente da competição; e cuja não satisfação de suas necessidades, poderá provocar no bancário sentimento de incômodo, desqualificação, ansiedade e medo por não contribuir para uma boa imagem da empresa; 2) a relação cliente *versus* bancário, pois, para atender o cliente, o bancário esbarra nas regras estabelecidas, gera um conflito entre

desrespeitá-las para atender o cliente e o risco de ser punido; 3) o sistema de informática, pois atualmente as atividades bancárias dificilmente poderão ser realizadas sem o pleno funcionamento dos computadores, já que todas as informações estão disponíveis em tempo real, e quando o sistema não funciona isso provoca sentimento de impotência, angústia e ansiedade; 4) o cumprimento de metas, em decorrência do acirramento da competitividade, das cobranças e das ameaças de sanções; 5) a longa jornada e a sobrecarga de trabalho; 6) a perda do sentimento de coletividade, de coleguismo e de cooperação no trabalho; 7) o inter-relacionamento com os superiores como fonte de pressão por causa das cobranças por desempenho e produtividade; 8) as falhas no processo de comunicação, decorrentes da rapidez e do volume de informações relativas ao trabalho; 9) a insegurança física gerada pelo medo e pela ansiedade de ser assaltado.

Esses fatores desencadeiam nos bancários sentimentos de impotência, angústia e ansiedade por não poder trabalhar, não conseguir cumprir os objetivos, restando-lhes apenas as pressões e a tensão. Ainda, fica evidenciado que as fontes de adoecimento dos bancários estão mais sofisticadas, em consequência do enfrentamento com uma organização do trabalho cada vez mais desfavorável à saúde, a despeito de uma aparente facilidade e conforto proporcionados pela tecnologia.

O sofrimento do trabalhador bancário também foi abordado Rossi (2002) em pesquisa realizada para a dissertação de mestrado em Psicologia, em um banco estatal. Embora o sofrimento psíquico não tenha sido seu objeto de estudo, ele emergiu no discurso dos gerentes como resultado da dinâmica estabelecida na relação entre os valores individuais e organizacionais na tomada de decisão. Por ocasião da pesquisa, o banco passava por um processo de privatização e, conseqüentemente, reestruturação do trabalho e os gerentes expressavam medo e ansiedade pelo que poderia acontecer com eles, por temerem pelo futuro da instituição e a possibilidade de serem demitidos e perderem sua identidade.

Nos discursos dos gerentes pesquisados, o sofrimento estava presente no sentimento de inutilidade e de desqualificação que os possuía, expresso ao se compararem a um gerente “máquina”, a um gerente “arroz com feijão e sem sal” (Rossi, 2002, p. 102) para justificar porque não tinham poder de decisão. Também o sentimento de desqualificação e indignidade é expresso quando falam das punições e ameaças que recebiam durante as reuniões de trabalho com a diretoria do banco, momento em que o diretor-presidente “destratava”, “ridicularizava” e “humilhava” algum colega publicamente, com o intuito de puni-lo pelas metas não alcançadas. Para esses gerentes, o incentivo financeiro era muito pouco diante das

responsabilidades do cargo.

Além dessa situação, a adesão aos valores organizacionais em detrimento dos individuais, no processo decisório, constituía uma situação conflituosa para os gerentes, causando-lhes sofrimento, manifestado no medo, na ansiedade e na depressão, por terem de abdicar dos próprios valores para atender aos valores organizacionais presentes nas normativas da instituição. Os procedimentos e regulamentos nem sempre possibilitavam atender as necessidades dos clientes, embora fossem cobrados para que isso acontecesse.

O que se constata, portanto, é que em todos os níveis hierárquicos os bancários estão sujeitos às pressões, sejam eles gerentes, caixas ou simplesmente escriturários. Essa é uma realidade ainda mais presente em virtude da utilização das novas tecnologias, associadas às políticas de gestão aplicadas ao sistema financeiro.

Merlo e Barbarini (2002), em um estudo de caso, analisaram as repercussões das mudanças no psiquismo dos trabalhadores bancários que desempenhavam a função de caixa em um banco estatal em processo de reestruturação produtiva. Os achados empíricos apontam que o sofrimento psíquico dos caixas relacionado ao trabalho é provocado por vários fatores:

(...) congelamento do salário, após a implantação do Plano Real em 1994, constitui um fator de desmotivação e frustração, pois provocou a queda do padrão de vida; direcionamento de clientes para outros canais de atendimento levou à perda do contato com o cliente; o contato com o cliente era fator de quebra da monotonia no trabalho, pois cada pessoa atendida traz um elemento novo, um diferencial na rotina; redução do número de caixas contribuiu para o aumento da carga de trabalho, horas extras, pressão na fila com cliente mal atendido que descarrega sua irritação ao chegar ao guichê; ameaça de demissão, sinalizando para uma possível quebra da tradição de estabilidade; introdução de novas tecnologias na atividade de caixa houve o aumento da necessidade de digitar mais documentos no guichê aliada às pressões e aumento da jornada de trabalho, fator considerado como um dos responsáveis pelo alto índice de Lesões por Esforço Repetitivos/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho entre os Caixas; por último, outro indicador de sofrimento é o risco da atividade quando do excesso de clientes na fila fazendo com que os caixas suprimam procedimentos de segurança, expondo-se aos riscos financeiros e punições por erros cometidos” (Merlo e Barbarini, 2002, p.16-19).

Para esses autores, o sofrimento psíquico dos caixas atinge níveis alarmantes em função do novo formato da organização do trabalho, que destrói a sua auto-imagem como profissional, pois reduziu mais ainda a possibilidade de reconhecimento pela atividade realizada, uma vez que não dá espaço para o exercício da criatividade. O estreitamento da possibilidade de obtenção de reconhecimento dá sinais de que o trabalho fica cada vez mais

pesado e abre espaço para o desencadeamento de riscos para a saúde pelo acometimento de Lesões por Esforço Repetitivo/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT) e outras doenças do trabalho.

Atualmente, as LER/DORT constituem uma das principais patologias que atormentam os trabalhadores bancários, justificadas pelas características próprias das tarefas desse setor: repetitivas, monótonas e realizadas sob pressão. Elas são compreendidas como um “conjunto de lesões pluritissulares atribuídas ao trabalho que provocam uma sintomatologia difusa, não necessariamente localizada, com diagnóstico de tenossinovite, sinovite, tendinite e outros causados ou não pelo trabalho” (Ribeiro, 1999, p. 135).

Essas patologias acometem músculos, nervos, tendões e vasos, principalmente nos membros superiores, como mãos, braços, antebraços, pescoço, ombros; ocasiona degeneração dos tecidos, lesão e inflamação. Têm como sintomas a dor, o formigamento, a dormência, o choque, o peso e a fadiga precoce e podem resultar na incapacidade laborativa (MENDES e CRUZ, 2004). Na visão desses autores, as LER/DORT são o resultado de uma combinação de vários fatores relativos às especificidades do trabalho, como intensificação da jornada, pressão por produtividade, pausas fictícias, tarefa monótona e repetitiva.

Em estudo sobre o processo de adoecimento por LER no Banco do Estado de São Paulo (BANESPA), Ribeiro (1999) afirma que esse modo de adoecimento inusitado adquiriu caráter explosivo a partir de 1990, sugerindo que paralelamente a um longo período de sujeição ao mesmo tipo de trabalho (suposta causa do acometimento por LER) estão as “mudanças nos componentes internos e externos capazes de elevar sua patogenicidade”. Ou seja, com o advento da excessiva automação bancária deu-se o esvaziamento do conteúdo do trabalho, restando ao bancário apenas os movimentos motores despossuídos de sentido, que tomaram feições de uma doença coletiva da profissão em função do aumento de casos no decorrer dos anos.

Segundo o autor, à medida que esse tipo de doença foi tomando proporções alarmantes, as entidades representativas da categoria bancária procuraram adotar estratégias para o desenvolvimento de políticas e ações que pudessem diminuir a frequência e os efeitos das doenças relacionadas ao trabalho. Ao dar relevância aos casos de LER, procurou-se criar um movimento para a formulação de políticas e ações que dessem visibilidade e relevância ao problema, uma vez que ele era ocultado e negado pelos dirigentes das empresas.

O estudo de Ribeiro (1999) evidencia questões relevantes. Primeiro, a existência de

uma amostra predominantemente feminina (83, 2%); em seguida, a indicação de que o grau de escolaridade feminina é maior 46,8% têm curso superior completo enquanto a escolaridade masculina é de 40,5%; ainda, para 82,5% dos adoecidos com LER, a média de tempo de serviço foi de 12,5 anos submetidos ao mesmo tipo de tarefa; e por último, que 95% dos adoecidos pertenciam à hierarquia inferior, (escriturários e caixas) e 56% estavam na faixa de 30 a 39 anos de idade.

Algumas considerações podem ser feitas em relação a esses dados. No que se refere ao tempo de sujeição ao mesmo tipo de tarefa (12,5 anos), ressalta-se que foi nesse período que ocorreram as transformações pela reestruturação produtiva no setor bancário, conforme foi citado aqui por Laranjeira (1997). Para ela, o início dos anos 1990 representou o período de intensificação do processo de informatização das atividades bancárias, com mudanças profundas nas concepções desse trabalho, com vistas a atender a um mercado cada vez mais competitivo. Diante dessa nova realidade, considerar apenas o tempo de sujeição a uma mesma tarefa talvez não venha a se constituir como a única condição para o adoecimento por LER/DORT. Um tempo menor de permanência em uma mesma tarefa também poderá ser contado como fator desencadeador dos sintomas, “*dependendo da natureza e componentes do trabalho*” (Ribeiro, 1999, p. 129).

Quanto às suposições sobre o acometimento por LER/DORT em uma faixa etária específica há evidência empírica de que a doença esteja relacionada a idade. Nesse caso, é preciso considerar a intensificação da automação, as pressões por produtividade e o esvaziamento do conteúdo do trabalho a partir das mudanças ocorridas, com mais intensidade nos anos 1990. A indicação de que 95% dos adoecidos pertenciam à hierarquia inferior aponta para a possibilidade de a seletividade dos adoecimentos por LER/DORT estar vinculada às intensas mudanças da organização do trabalho. Os postos de trabalho referidos na pesquisa de Ribeiro foram alvos do processo de reestruturação, conforme afirmam Segnini (1999) e Laranjeira (1997). Essas tarefas adquiriram novas configurações, com o empobrecimento do conteúdo e do sentido do trabalho.

Freqüentemente, as hipóteses explicativas para a diferença de ocorrência de LER/DORT entre os dois gêneros estão apoiadas nas especificidades biológicas e psicoafetivas da mulher (83,2%, dos casos). Nesse sentido, Ribeiro (1999) alerta para a necessidade de cuidado para que a diferença de incidência da doença entre os dois gêneros não adquira contornos discriminatórios contra a força de trabalho feminina.

Embora a relação entre adoecimento por LER/DORT e gênero não seja central neste

estudo, faz-se necessário, mesmo que brevemente, evidenciar qual é a visão em que está apoiado, para compreensão dessa maior incidência de casos femininos de LER/DORT.

Os autores Helena Hirata (2000), Liliana Segnini (1998), Marie Pezé (2002) e Dejours (2000) adotam perspectivas mais complexas para a análise dessa maior incidência de LER/DORT entre as mulheres. De forma geral, se as mulheres são alvo privilegiado das Lesões por Esforço Repetitivo, isso não se dá tanto em razão de sua morfologia (30% de massa muscular a menos) ou por fatores hormonais que dividem sua construção biológica e psicológica. Há que considerar que a organização do trabalho exclui maciçamente as mulheres da concepção das tarefas e das decisões institucionais.

Em verdade, ocorre uma divisão sexual/social do trabalho que é sempre estruturada pelo princípio hierárquico. Aos homens, as tarefas nobres de concepção, de risco, de decisão; para as mulheres, as tarefas de cuidado, repetitivas, minuciosas, que exigem paciência e rapidez. Construída sobre bases biológicas, a divisão sexual do trabalho não é natural, embora seja travestida de naturalismos; trata-se de uma construção social e cultural.

A partir das transformações do trabalho bancário, com base na microeletrônica, cresceu a demanda pelo uso das competências femininas no setor financeiro, competências que são adquiridas no desempenho de papéis tradicionalmente atribuídos às mulheres no âmbito doméstico e apropriadas pela organização de trabalho para fins produtivos. Assim, constata-se o ingresso das mulheres, sobretudo, nas tarefas de atendimento nas agências e postos de trabalhos relacionados às operações simplificadas, repetitivas, com ritmo mais intenso e que requerem mais habilidade. Em consequência, as bancárias poderão estar mais vulneráveis às pressões por produtividade e por tempo, fatores predominantes para o desencadeamento de LER/DORT.

Segundo informações de Dieese (2001) sobre *o rosto dos bancários*, em todas as seis regiões metropolitanas do Brasil, as mulheres bancárias, embora mais qualificadas, estão em posição hierárquica inferior. Este fato indica a existência de mecanismos e processos velados e explícitos que concorrem para a permanência e predominância de a ideologia masculina no que se refere às decisões e condutas políticas-administrativas nas relações de trabalho bancários.

Por fim, esta pesquisa também evidencia que o sofrimento físico e o psíquico estão juntos. Além do fenômeno da negação e ocultação da doença diante das pressões, Ribeiro (1999) esclarece que nas reuniões com o grupo de bancários portadores de LER foi possível

perceber nos seus relatos a presença do sofrimento psíquico. Nessas ocasiões, a principal preocupação dos trabalhadores era relativa à volta ao trabalho, uma necessidade existencial constante. À expressão do sentimento de perda e medo somava-se a dor física.

Atualmente, o trabalho repetitivo adquiriu novas configurações. No caso do trabalho bancário, às tarefas ditas repetitivas foram acrescidas as pressões por tempo e produtividade em consequência de um conjunto de exigências presentes na organização do trabalho. Somam-se a essas exigências o medo de desemprego, a necessidade de construção da identidade, a pressão do cliente e as relações sociais de trabalho. Ou seja, um conjunto de fatores contribuem para a geração de sintomas. É muito simples querer atribuir as LER/DORT apenas a uma consequência de movimentos repetitivos e à aceleração do ritmo de trabalho. Há algo mais, há uma ação. É preciso saber por que as pessoas se submetem às pressões de uma organização do trabalho e por que outras consentem em causar danos às demais (Dejours, 2000; 2001).

De acordo com os estudos aqui expostos fica parecendo que o sofrimento e os possíveis casos de adoecimentos no trabalho bancário é mais intenso hoje do que antigamente. Contudo, não há como negar que as transformações contínuas na organização do trabalho bancário têm exigido daqueles que continuam na profissão mais adaptação às pressões por produtividade. Com esta última, vieram as pressões de tempo, que provocaram vivência diferente na forma de realização de tarefas marcadas por uma nova temporalidade, agora atreladas ao tempo das máquinas. Essas novas configurações têm impacto na saúde do trabalhador. Nesse novo contexto, parece que não há espaços para regular diferentes formas de experiência temporal: tempo de produção e tempo para as necessidades individuais.

1.4 Os impactos da reestruturação do trabalho bancário na vivência do tempo, na subjetivação e na saúde dos trabalhadores

A seguir, serão apresentados alguns estudos com o intuito de exemplificar, brevemente, como a implantação das novas tecnologias no trabalho bancário contribuíram para o aumento da vivência de pressão de tempo no trabalho, um dos fatores que têm impacto sobre a saúde do bancário.

Em estudo de caso sobre a reestruturação do setor bancário em uma agência de uma instituição financeira de abrangência nacional, sediada no Rio Grande do Sul, Grisci (1999)

fala do entrelaçamento entre trabalho e tempo, um agindo sobre o outro, na produção de subjetivação. Em um cenário contemporâneo marcado pelas mudanças decorrentes da reestruturação produtiva, o estudo evidencia como os impactos provenientes do uso de novas tecnologias, que instituíram novos regimes temporais, afetaram a subjetividade e a saúde dos bancários.

Em sua análise, a autora considera que a reestruturação do trabalho bancário aumentou a rapidez do fluxo do dinheiro, gerou modos de trabalhar e também implicou na qualificação, na recolocação e no desemprego, com repercussão direta na saúde dos trabalhadores.

Os achados empíricos sobre a reestruturação do trabalho bancário evidenciam dois modos de trabalhar e subjetivar. Um deles é relativo ao modo antigo, em que a divisão e a simplificação de tarefas eram condizentes com o modelo taylorista, vinculado a uma noção de tempo em que havia estabilidade no emprego. Nessa concepção de tempo, o trabalho era tido para a vida toda, cenário que “*subjetiva os sujeitos bancários como vida*” (Grisci, 1999, p.6). O outro modo de trabalhar/subjetivar é relativo às formas mais complexas e flexíveis, em concordância com o modelo de acumulação também flexível, vinculado a um tempo de velocidade que “*subjetiva os sujeitos bancários como pressão e medo*” (Grisci, 1999, p. 6). Nesse cenário, cada vez mais a pessoa vale menos, se qualifica mais e é menos remunerada.

Os resultados do estudo de Grisci (1999) apontam para a diferenciação dos modos de perceber as mudanças surgidas da reestruturação do trabalho. No âmbito gerencial, o reordenamento das tarefas é discutido e compartilhado; em decorrência desse fato, os gerentes vivenciam as mudanças, aparentemente, com menos *desassossego*, embora também sofram os impactos, ao contrário quando se trata daqueles que estão em níveis mais baixos da hierarquia. Na visão da autora, quanto mais distantes das discussões e mais próximos tão somente das execuções, maior é o sentimento de *estrangeiridade* (Grisci, 1999, p.8) acompanhado por manifestações de resistências às mudanças e, portanto, de desgaste psíquico e físico.

Talvez seja em consequência desse fato que os caixas e escriturários apareçam como aqueles que mais sofrem com as mudanças da organização em decorrência da informatização e terceirização das tarefas, pois elas imprimem um novo modo de trabalhar. Por ocuparem uma posição hierárquica inferior, esses bancários não são chamados para participar das discussões relativas às transformações das próprias atividades que executam, ou seja, sobre eles mesmos; permanecem na condição de “estrangeiros”.

De forma geral, seja por parte dos gerentes ou por parte dos caixas/escriturários, as mudanças são percebidas como rápidas e drásticas. Elas determinam modos de viver e de trabalhar não mais como um ciclo apoiado na antiga idéia de linearidade e previsibilidade em que predominava a idéia de vida e trabalho sobrepostos. Como esclarece Grisci, atualmente, há indicações de que a vida deve ser compreendida de modo *rizomático* (Grisci, 1999, p. 8). Nesse sentido, nas questões de tempo e trabalho, a idéia de linearidade e previsibilidade dá lugar à idéia de *bifurcação*, que ilustra uma trama complexa de passagens de regimes temporais de estabilidade e de certeza para regimes temporais de instabilidade, de incerteza, de insegurança e de medo. Para Grisci (1999), essa é a própria mudança que irá constituir novas formas de subjetivação e refletir na saúde do bancário.

Nessa nova vivência temporal está presente a coexistência de tempos atravessados por uma velocidade surpreendente com novos modos de experimentar o tempo expresso em colocações como: *o tempo voa, tempo é tudo, tempo é dinheiro*. Essas expressões evidenciam a organização temporal no trabalho bancário expresso por palavras como “*aceleração, velocidade, tempo real, tempo virtual, comunicação instantânea, trabalho temporário*” (Grisci, 1999, p. 4). Esse processo de mudança firma a indissociação sujeito/mundo e, nesse caso específico, provoca diferenciações nos trabalhadores bancários, acenando para

[...] a idéia de que as novas tecnologias constituem-se revoluções contidas nas próprias condições materiais do trabalho; a idéia de que as mudanças dos modos de trabalho bancário aponta para a extinção do emprego que institucionaliza o trabalho, mas não para o trabalho propriamente dito; a idéia de que a exclusão social proveniente da diminuição dos postos de trabalho, conjugada com as novas exigências em termos de qualificação encontra-se contida na reestruturação do trabalho; a idéia de que tais mudanças possam vir a configurar sujeitos mais qualificados, capacitados e inteligentes, devido ao próprio processo de requalificação em contraponto ao homem-boi cunhado pelo taylorismo/fordismo (Grisci, 1999, p. 8).

Essas idéias que acompanham o processo de mudança deverão ser compreendidas não somente como decorrentes das próprias condições materiais do trabalho em si, com altas demandas de mudança, mas também a partir de um conjunto de interesses e determinações que atendam aos objetivos maiores do mercado financeiro, em constante processo de internacionalização, e à difusão das políticas econômicas neoliberalistas, que acirram a competição. Embora as novas formas de gestão e as novas tecnologias tenham substituído a força muscular do trabalhador pela máquina, essas iniciativas ainda não deram conta de tira-lo do estado de alienação e de sofrimento no qual se encontra. Com isso, os riscos de adoecimento continuam espreitando esses trabalhadores.

Nessa mesma direção, Seiji Uchida (1998), em estudo de caso com trabalhadores especialistas em informática, de uma instituição financeira, evidenciou o sofrimento psíquico a que eram submetidos e a experiência da temporalidade *destrutiva*.

Especificamente no que tange aos efeitos da informatização sobre o tempo e o ritmo de trabalho, o autor afirma que o trabalhador perde a capacidade de controlar o tempo de seu trabalho, pois, é submetido ao tempo da máquina, que lhe é exterior. Quando isso ocorre, a lógica do tempo social e coletivo é suspensa e a do computador ganha vida própria.

Uchida (1998) exemplifica esses pressupostos ao afirmar que, às vezes, o tempo de espera diante da máquina é absolutamente curto e pode ser vivido como insuportavelmente longo. Em outras situações, o tempo é vivido de forma angustiosamente breve quando a máquina dá uma ordem e o trabalhador deve imediatamente realizar a operação. Esse processo é chamado, de um lado, de dilatação (psicológica) do tempo de espera e de outro, de forte condensação do tempo de trabalho. Para esse autor, a dilatação do tempo de espera é consequência da intensificação do trabalho.

A partir da implantação do sistema *online*, o funcionamento do banco para o atendimento aos clientes é em tempo real, ou seja, instantaneamente. Porém, quando o sistema não responde dentro do padrão de tempo esperado, os clientes queixam-se da demora e isso provoca sentimentos de angústia, ansiedade, raiva e frustração nos bancários.

De forma geral, em relação à vivência de tempo em decorrência da tecnologia, segundo Uchida (1998), a preocupação dos bancários é diminuir cada vez mais o tempo de produção. O ideal de tempo real, de tempo instantâneo, de tempo pontual é perseguido cotidianamente. Essa vivência de uma nova temporalidade, atrelada ao tempo da máquina, tem impacto nas relações desses bancários com o seu cotidiano, em esferas externas ao trabalho. Os bancários carregam consigo as consequências da vivência dessa nova temporalidade, manifestada pelas novas formas de adoecimento.

Pascale Molinier (2006), em seu texto sobre as consequências das novas organizações do trabalho sobre a saúde mental, aponta a desestruturação do tempo de trabalho como um fator gerador de patologias de sobrecarga, como as LER/DORT. É o caso dos trabalhadores que, mesmo em férias, entram em contato com a empresa via Internet para saber e resolver questões. Esse fato revela a dificuldade de se separar o trabalho da vida privada; a incapacidade de determinar o tempo de trabalho, de colocar limites em uma organização de trabalho informatizada que invade a vida privada. Como evidencia Sadi dal Rosso (2004, p.

48), com o tempo da jornada de trabalho mais longo o “*controle dos trabalhadores sobre a vida é muito pequeno; o trabalho invade o espaço da vida e se torna o centro de tudo*”. O alongamento do tempo da jornada de trabalho é, para esse autor, fruto do processo de globalização, que acirra a competição e leva à diminuição dos empregos. Como é o caso do setor bancário, no qual, após a automação e racionalização das tarefas, houve a concentração de atividades em um só trabalhador, quando anteriormente eram exercidas por vários deles.

No intuito de compreender essa situação de saúde do trabalhador bancário - que com frequência é considerada “natural” - será apresentada no capítulo seguinte a abordagem da Psicodinâmica do Trabalho que fundamenta a análise dos processos intersubjetivos mobilizados pelas situações gerais de trabalho.

2. A ABORDAGEM DA PSICODINÂMICA DO TRABALHO

Este capítulo apresenta os princípios básicos da Psicodinâmica do Trabalho, de acordo com o pensamento de Christophe Dejours e também com os achados empíricos de pesquisadores brasileiros. Inicialmente revela o percurso teórico e empírico dessa abordagem expresso nos conceitos de vivências de prazer-sofrimento, a concepção sobre organização do trabalho e as diferentes estratégias adotadas pelos trabalhadores para o enfrentamento do sofrimento. Aborda ainda o destino e os sentidos dados ao sofrimento para a construção do processo de saúde-adoecimento no trabalho e, por fim, as contribuições de outros autores nos últimos anos.

2.1. Percurso teórico da Psicodinâmica do Trabalho

Os primeiros estudos sobre a relação entre o trabalho e a saúde dos trabalhadores, marcados pelas novas exigências do sistema produtivo após a II Guerra Mundial, procuravam evidenciar uma clínica das doenças mentais que poderiam ser resultantes do confronto dos trabalhadores com o trabalho.

As investigações do francês Louis Le Guillant e de seus colaboradores, que culminaram com a formulação da Psicopatologia do Trabalho, caracterizavam-se pelo domínio da patologia profissional resultante dos danos do posto de trabalho, especialmente com trabalhadores semiquilificados, como está evidenciado na obra *A Neurose das Telefonistas* de 1956. Essas pesquisas tentavam estabelecer uma relação causal entre as situações de trabalho e os distúrbios mentais. Contudo, salvo alguns casos, essa tarefa nem sempre foi fácil de ser caracterizada da mesma forma como já eram atribuídas as afecções do corpo às condições de trabalho.

Com o redirecionamento das pesquisas de Dejours, a partir de 1980 passou a ser evidenciado que, a despeito do trabalho repetitivo e das pressões psíquicas, os trabalhadores não enlouquecem: permanecem na normalidade. Assim, a normalidade dos comportamentos não implica ausência de sofrimento e não exclui o prazer; pelo contrário, é considerada como uma luta contra o sofrimento e contra a desestabilização psíquica e somática no trabalho. Trata-se de uma normalidade “sofrente”, que não significa um condicionamento passivo nem

de conformismo, mas de uma conquista mediante uma luta entre as exigências do trabalho e a busca do prazer. Assim, a “normalidade” é considerada como uma *dinâmica* humana em que as relações intersubjetivas no trabalho viabilizam a construção de estratégias defensivas individuais ou coletivas contra o sofrimento e para a busca da manutenção da saúde (Dejours, 1992, 1994, 1999, 2001 e 2004).

A partir desses novos achados houve uma mudança no foco das pesquisas. Nos anos 1980 deu-se a passagem da abordagem da Psicopatologia do Trabalho para a Psicodinâmica do Trabalho. Ao adotar a “normalidade” como objeto de estudo, a Psicodinâmica abriu novas perspectivas para além do sofrimento e contemplou também o prazer no trabalho. Ainda, passou a enfatizar não apenas as patologias ligadas a uma ordem causalista e individual, mas abriu uma passagem para um modelo de pesquisa que evidencia a dinâmica dos processos psíquicos mobilizados na confrontação com a organização do trabalho (Dejours, 1994, 2004).

Nesse sentido, a Psicodinâmica do Trabalho considera que a categoria trabalho assume importância central na vida das pessoas, apesar de sua ambivalência, pois, pode gerar sofrimento, infelicidade, alienação e doença mental, mas também é considerado um mediador da saúde, uma fonte de realização do ego e um espaço social por excelência para a construção da identidade. Esta passa a ser mediada pelo reconhecimento do uso das habilidades e originalidades no enfrentamento das exigências da organização do trabalho.

Desde então, a Psicodinâmica do Trabalho, apoiada na teoria psicanalítica, está voltada para a análise da dinâmica dos processos intersubjetivos mobilizados pela confrontação dos sujeitos com a realidade do trabalho (Dejours 1994, 2001, 2004; Dejours, Dessors e Desriaux, 1993).

Trata-se de uma abordagem que tem como objetivo investigar a saúde do trabalhador mediada pelas vivências subjetivas de prazer-sofrimento no trabalho. Privilegia como categoria central de análise a inter-relação entre o sofrimento psíquico - decorrente das contradições entre os interesses dos trabalhadores e as exigências da organização do trabalho – e as estratégias individuais e coletivas utilizadas pelos trabalhadores para superar esse sofrimento e transformar o trabalho em fonte de prazer (Ferreira e Mendes, 2003).

As vivências subjetivas são decorrentes da interação de três dimensões que coexistem, embora teoricamente diferentes entre si: a subjetividade do trabalhador, considerado como um indivíduo singular, possuidor de uma história de vida, com desejos e necessidades; a organização do trabalho, caracterizada por definições de eficácia, regras, normas e padrões de

condutas, e o coletivo de trabalho, marcado pelas relações entre pares e relações hierárquicas, normas e valores de convivência social no trabalho (Mendes, 2004).

A Psicodinâmica do Trabalho adota o pressuposto intersubjetivo na relação homem-trabalho. Ela concebe o homem como um ator social que pensa sua situação de trabalho, a interpreta, reage e a organiza mental, afetiva e fisicamente. Considera que o homem não é um brinquete passivo das pressões organizacionais; ele é portador de uma história singular e de uma subjetividade próprias, participa do processo de construção de uma subjetividade do trabalho no confronto entre o psíquico e o social e resultante da ação-reação em face de uma realidade que transforma e pela qual é transformado, mundo do trabalho (Dejours, 1994; Ferreira e Mendes, 2003).

De acordo com esses pressupostos, o processo de saúde-adoecimento é caracterizado pelo jogo de forças das vivências de prazer e de sofrimento e pela utilização de mediações que viabilizam ou não a mobilização e a construção de sentido no trabalho.

2.2 As vivências de prazer-sofrimento no trabalho

Colocada no centro da relação sociopsíquica entre o homem e o trabalho, a compreensão do sofrimento passa por uma visão dialética em que de um lado está o trabalhador, com suas necessidades, desejos e pensamentos em torno das relações de trabalho, às quais atribui sentido, e de outro lado, as exigências, as pressões e as ações de trabalho que modificam as percepções dos trabalhadores sobre si mesmos, os outros e o próprio trabalho.

A intersubjetividade resultante dessa relação homem-trabalho permite a atribuição de sentido ao trabalho de forma compartilhada, que poderá ser de prazer e/ou de sofrimento. Por ser o “prazer-sofrimento” um construto único e dialético, originado das mediações utilizadas pelos trabalhadores para manter a saúde e evitar o sofrimento, é fundamental a análise dessas estratégias de mediações, pois, graças a elas, os trabalhadores criam condições para mitigar o sofrimento, resistir aos efeitos patogênicos dos riscos do trabalho, no intuito de transformar e ressignificar o sofrimento como fonte de prazer (Dejours, 2004; Ferreira e Mendes, 2003).

A concepção do sofrimento como uma experiência vivenciada não significa que ele seja totalmente consciente, dadas suas particularidades; porém, ele é indissociável de uma corporalidade. O sofrimento é sempre do corpo engajado no mundo e nas relações com os outros e pode ser definido como uma vivência - às vezes inconsciente, individual e/ou coletiva

de um grupo de trabalhadores - de experiências dolorosas, como angústia, medo e insegurança, provenientes de conflitos e contradições originadas tanto do confronto entre desejo e necessidades do trabalhador quanto das pressões e exigências do trabalho.

O sofrimento se instala quando a organização de trabalho não permite ao trabalhador uma margem de liberdade para efetuar ajustes, rearranjos de modo a atender os seus desejos e as suas necessidades. A manifestação do sofrimento surge mediante vivências de ansiedade, insatisfação, indignidade, inutilidade, desvalorização e de desgaste no trabalho; ainda, pelo medo e desconfiança dos colegas e por morosidade, desânimo e desengajamento na realização das tarefas. Há também vivências de sentimentos de não reconhecimento dos méritos, de injustiça e iniquidade em face da remuneração recebida.

Tomado em uma dimensão mais ampla, o sofrimento é manifesto no desaparecimento das comemorações coletivas nos locais de trabalho; na presença de tensões e conflitos entre as equipes; nas crises e rompimento da confiança recíproca; e na ausência de cooperação, de solidariedade entre os trabalhadores, que desencadeia atitudes individualistas, provoca desorganização dos vínculos afetivos e profissionais no ambiente de trabalho (Dejours, 1992, 1994, 2001; Ferreira e Mendes, 2003; Mendes e Morrone, 2002).

Por sua vez, o prazer é considerado, por um grupo de trabalhadores, como uma vivência individual e/ou coletiva de experiências de gratificação, de liberdade provenientes da satisfação dos desejos e das necessidades do trabalhador quando da mediação bem-sucedida dos conflitos e das contradições gerados pela organização do trabalho. O prazer também está relacionado ao bem que causa ao corpo e à mente e é manifestado por sentimentos de gratificação, realização, valorização, reconhecimento e de liberdade no trabalho. A vivência de prazer constitui um dos indicadores de saúde no trabalho, por viabilizar a estruturação psíquica, a identidade e a expressão da subjetividade individual vinculada à subjetividade no trabalho e por permitir a articulação de compromissos e a negociação da organização prescrita (Ferreira e Mendes, 2003; Mendes e Cruz, 2004).

Outro modo de obtenção de prazer no trabalho é mediante a ressonância simbólica, ou seja, quando os desafios colocados pelos objetivos da organização do trabalho fazem eco, simbolicamente, com a curiosidade subjacente às origens do trabalhador. Desse modo, articulam o teatro privado da história singular do sujeito com o teatro atual do trabalho. Dito de outro modo, o prazer é vivenciado quando a sublimação é possível, uma vez que a organização, as condições e as relações de trabalho permitem uma descarga do investimento pulsional. A luta pela prevalência do prazer é justificada pelo fato de ser o trabalho um

estruturante psíquico e que por isso, deveria ser uma forma de encontro com o prazer, embora historicamente nem sempre tenha assumido esse sentido (Dejours, 2001, 1994; Ferreira e Mendes, 2003; Mendes 1999).

Por estar em uma relação dialética, o prazer pode decorrer da ressignificação do sofrimento por via do reconhecimento do trabalho realizado. Esse processo ocorre quando a qualidade do trabalho, os esforços, as angústias, as dúvidas, as decepções, as preocupações, os desânimos, enfim, todo o investimento pessoal adquirem sentidos. O reconhecimento do trabalho contribui para a mobilização subjetiva da inteligência, para a construção da identidade e para transformar o sofrimento em prazer e, assim, assegurar a saúde.

As vivências de prazer-sofrimento ocorrem quando são colocados em confronto o funcionamento psíquico do trabalhador e a organização do trabalho. O trabalho provoca um sofrimento que não é patológico, e sim um sinal de alerta sobre as doenças ocupacionais, que poderão ser mascaradas ou ressignificadas por meio das estratégias de mediação (Dejours, 1999; Ferreira e Mendes, 2003; Mendes e Morrone, 2002).

Para Dejours (1992, 1994, 1996, 2001, 2004), o palco do sofrimento psíquico é a organização do trabalho, cuja concepção é inspirada nos princípios da Organização Científica do Trabalho formulada por Taylor e que estabelece a separação entre a concepção e a execução do trabalho, o que configura uma divisão entre corpo e pensamento. Esse modelo de organização do trabalho não contempla o psiquismo, que é o lugar do pensamento, da imaginação, dos afetos e do desejo, e provoca a desapropriação de um conhecimento. São desarticuladas as práticas coletivas, a livre organização do trabalho (na perspectiva do trabalho dos artesãos), as necessidades do trabalhador, restando assim uma poderosa vigilância sobre os corpos isolados, dóceis e desprovidos de iniciativa.

2.3. A organização do trabalho

A organização do trabalho (Dejours, 1992; 2000, 1994, 2001, 2004) é compreendida como sendo a vontade de um outro (instituições, empresas) que se opõe à vontade e ao desejo do trabalhador. Ela está segmentada na divisão do trabalho, traduzida pela divisão de tarefas entre os trabalhadores, o conteúdo da tarefa, a cadência e o modo operatório prescrito; a divisão de homens, caracterizada pela repartição das responsabilidades, pelo sistema hierárquico, pelas modalidades de comando, pelas relações de poder e pelo controle. Enquanto a divisão de tarefas e o modo operatório evocam o sentimento e o interesse para o

trabalho, a divisão de homens, dado o seu aspecto social, incita as relações entre os trabalhadores e mobiliza investimentos afetivos, como o amor, a amizade, a solidariedade, a cooperação, a confiança, ou os sentimentos contrários a esses.

No início do desenvolvimento da abordagem da Psicodinâmica, as condições de trabalho eram privilegiadas nas pesquisas por ter como alvo o corpo do trabalhador submetido a um ambiente físico, químico, biológico e sob condições de higiene e segurança nem sempre humanamente adequadas à saúde. Com o avanço das pesquisas, a organização do trabalho passou a ser evidenciada por atuar no funcionamento psíquico do trabalhador, já que reprime o seu desejo para que ele não interfira e desvirtue um comportamento operatório previsto. Em consequência, o trabalhador deverá lutar contra o seu desejo para não entrar em conflito com o trabalho e poder prosseguir nas suas tarefas, embora, ao atacar o desejo, a regulação natural do seu equilíbrio psíquico fique ameaçada.

Com os resultados de pesquisas, Dejours (1992, 1994) confirma a relação do sofrimento e a organização do trabalho. O sofrimento emerge quando todas as possibilidades de adaptação ou de ajustamento à organização do trabalho foram esgotadas pelo sujeito, e, em na havendo concordância com o seu desejo a relação subjetiva com a organização do trabalho estará bloqueada. Nesse caso, o sofrimento torna-se patogênico.

Dejours (1992, 2001, 2002), Dejours e Jayet (1994), Dejours e Abdoucheli (1994) estabelecem diferenças entre a organização do trabalho prescrita e a organização do trabalho real. A organização do trabalho prescrita representa a vontade de um outro, ou seja, de uma instituição que se opõe ou até se impõe ao trabalhador. Ela está expressa no planejamento, nos objetivos das tarefas, no estabelecimento das regras de comportamentos, nas normas e nos procedimentos técnicos, nos estilos de gestão, nas pressões e nos regulamentos do modo operatório.

Por outro lado, o real do trabalho *se dá a conhecer, essencialmente, pela defasagem irreduzível entre a organização prescrita e a organização real do trabalho* (Dejours, 2001, p. 30). O real é tido como aquilo que se faz conhecer por sua resistência ao domínio técnico e ao conhecimento científico; caracteriza-se por sua resistência à descrição e somente é apreendido pelo fracasso, sob a forma de experiência vivida, que desencadeia reações e sentimentos.

A partir dessa constatação, Dejours (2002, 2004) define o trabalho como *atividade coordenada, desenvolvida por homens e mulheres para enfrentar aquilo que, de caráter utilitário, não pode ser obtido pela execução estrita da organização prescrita*". Essa

definição sugere que o trabalho decorre da gestão da defasagem entre a organização prescrita e a organização real, na qual o trabalho é decorrente de uma dimensão humana e inter-humana resultante da ação. Refere-se ainda à mobilização da inteligência criativa, da inteligência “astuciosa”, prática ou corporal (a *mètis*), para dar conta daquilo que não é dado, que não está previsto no prescrito. A noção de coordenação pressupõe os requisitos éticos e sociais de cooperação, enquanto a distinção entre homens e mulheres evidencia o lugar diferente que lhes é atribuído na organização do trabalho (Dejours,2004).

Nesse sentido, o trabalho é constituído na oposição entre as situações já conhecidas e aquelas ainda desconhecidas; portanto, uma tarefa não pode ser obtida pela execução simples e rigorosa do prescrito. Ao incidir sobre a dimensão humana, a execução da tarefa se configura como aquilo que deve ser ajustado, rearranjado, imaginado, inventado, acrescentado pelos homens e pelas mulheres para dar conta dos imprevistos, dos acontecimentos fortuitos, das contradições, das fontes de erros, das informações que se perdem ao longo do caminho, enfim, de tudo aquilo que para atingir os objetivos da tarefa escapa de uma previsibilidade. Caso contrário, sem essa parte de inovação, sem o engajamento do corpo e da inteligência humana, da engenhosidade e da criatividade, a execução mecânica estrita das prescrições conduz ao que é conhecido como “*greve de zelo*” ou “*operação padrão*” (Dejours, 2002, p. 43).

Assim, é nesse espaço de conflito e de tensão - defasagem - entre o prescrito e o real que é desencadeado todo processo de sofrimento do trabalhador, e “*quanto mais rígida for a organização do trabalho, menos ela facilitará estruturas favoráveis para a economia psicossomática individual*” (Dejours, 1992, p.128). Para a gestão dessas contradições existentes na organização do trabalho faz-se necessário um “*espaço de discussão*”.

O *espaço de discussão* (Dejours, 1999, 2001, 2002, 2004; Ferreira e Mendese, 2003) é um conceito teórico importante para a Psicodinâmica do Trabalho e foi inspirado nas idéias de Hannah Arendt e Jürgen Habermas. Trata-se de condições em que é permitida aos trabalhadores a oportunidade para a confrontação de opiniões, mediante a mobilização subjetiva e coletiva para gestão, adaptação e arbitragens da distância entre a organização prescrita e a real, para o trabalho ocorrer. Ou seja, refere-se a situações em que se confrontam opiniões não apenas técnicas do trabalho. Esse espaço é importante para a elaboração de regras do trabalho que definem e organizam as relações intersubjetivas que dizem respeito à solidariedade, aos valores de trabalho, à construção de confiança e cooperação, à convivência, à sociabilidade e à proteção. Nesse caso, não se trata de um espaço institucionalizado pelas

prescrições; ele surge em momentos informais do dia-a-dia de trabalho que viabilizam a construção de condições para a discussão de temas contraditórios; é um espaço de palavra, de expressão, de manifestação da subjetividade do trabalhador e ocasião, por excelência, para a ressignificação do sofrimento.

Em razão da participação humana nesses ajustes, a organização prescrita é considerada como uma relação socialmente construída, e não apenas uma formulação tecnológica. A organização do trabalho se negocia. Ela *“não é só técnica nem regulamentarista, ela é também objeto de um complexo jogo de relações sociais de trabalho”* (Dejours, 1994, p. 101).

Atualmente, dadas as excelentes condições tecnológicas voltadas para o trabalho, fica parecendo que com elas o sofrimento no trabalho se esvaiu, só existe em caráter excepcional, extraordinário. Porém, a despeito desse desenvolvimento tecnológico, por trás das vitrines do progresso está um mundo de sofrimento, pois as condições de riscos para a saúde do trabalhador aumentaram em determinadas tarefas.

Há o sofrimento dos que temem não satisfazer, não estarem à altura das imposições da organização do trabalho expressas pelas imposições de horário, de ritmo, de formação, de informação, de aprendizagem, de nível de instrução e de diploma, de experiência, de rapidez para a aquisição de conhecimentos teóricos e práticos. Enfim, de um conjunto de exigências que, cada vez mais, diante da intensificação das metamorfoses do trabalho, geram ameaças de demissões e cortes nas ofertas de emprego, ao mesmo tempo em que crescem as pressões por produtividade. Esse quadro provoca medo, insatisfação e ansiedade nos trabalhadores (Dejours, 2001).

2.4. As estratégias de mediação do sofrimento

Para Dejours (1992, 2004) e Dejours e Abdoucheli (1994), o sofrimento no trabalho só poderá ser captado por meio das estratégias defensivas ou da mobilização subjetiva, pois elas têm papel importante para a adaptação e o ajustamento das necessidades e dos desejos dos trabalhadores às exigências da organização do trabalho.

2.4.1 As estratégias de defesas

As estratégias defensivas são modos de agir individuais e/ou coletivos que levam à

eufemização da percepção que os trabalhadores têm da realidade que os faz sofrer. Trata-se de um processo mental, visto que não altera a realidade da pressão exercida pela organização do trabalho. As estratégias de defesa têm o papel de adaptar o trabalhador às pressões de trabalho com vistas a conjurar o sofrimento e se diferenciam dos mecanismos de defesas do ego porque estes estão interiorizados e persistem mesmo sem a presença de uma situação externa. No ambiente de trabalho, as estratégias defensivas podem ser categorizadas como coletivas e individuais.

As estratégias de defesa coletiva se organizam como regras, em acordo partilhado e por consenso; elas dependem das condições externas que envolvem as relações intersubjetivas no coletivo de trabalho e, por isso, constituem objeto de interesse para a Psicodinâmica do Trabalho. Na sua construção, as contribuições individuais são coordenadas e unificadas pelas regras do grupo e deixam de funcionar a partir do momento que os trabalhadores não desejam mais vê-las funcionando de comum acordo, por exemplo, quando alguém do grupo rompe ou trapaceia as regras acordadas entre os participantes em relação a alguma ação no trabalho.

Desse modo, as estratégias coletivas de defesa contribuem de forma decisiva para a coesão do coletivo no enfrentamento do sofrimento engendrado pela pressão da organização do trabalho. Elas possibilitam a estabilização psíquica do trabalhador e contribuem para a construção do sentido do sofrimento no trabalho.

As defesas de negação são operadas coletivamente e expressam a negação do próprio sofrimento e do sofrimento do outro. São caracterizadas pela naturalização do sofrimento e das injustiças, e supervalorizam os resultados positivos, as desvantagens da produção e os fracassos. Também são expressas pelas atitudes de isolamento, desconfiança, individualismo e banalização dos riscos e das adversidades do trabalho. As estratégias de racionalização expressam a evitação e a eufemização da angústia, do medo e da insegurança vivenciados no trabalho. Essa modalidade de defesa busca justificativas socialmente aceitas para as situações desagradáveis e dolorosas, impõe a aceleração do ritmo de trabalho e de produtividade; é manifestada pelos comportamentos de apatia, resignação, indiferença, passividade, conformidade, controle sobre as pessoas e situações, presenteísmo, individualismo e outros (Dejours, 1992, 1994, 2001; Mendes, 1996; Mendes e Morrone, 2002; Ferreira e Mendes, 2003; Barros e Mendes, 2003).

Em relatos de pesquisas empíricas, Dejours (1992) evidencia que as estratégias defensivas coletivas são específicas para cada profissão, como é o caso dos trabalhadores da construção civil, cuja natureza do trabalho coloca em risco a sua integridade física. Assim,

para lidar com o medo de danos físicos esses trabalhadores adotam estratégias que consistem em zombar dos riscos, lançar-se aos perigos e desafios, negligenciar medidas de segurança, organizar provas de coragem para os recém-chegados como ritual de iniciação, como uma forma de testar a coragem e aceitação às regras do grupo mediante a demonstração de um comportamento de virilidade.

Nas circunstâncias de enfrentamento de riscos impostos pela atividade, o comportamento de virilidade do trabalhador expressa uma luta contra o medo e está associado ao exercício da força, da sedução, da agressividade e da capacidade de dominação e poder. Se não exercitá-las poderá ser considerado covarde e fraco, por isso, a estratégia defensiva coletiva depende da validação e do julgamento do outro.

Dejours (2001) estabelece uma articulação da estratégia defensiva viril com as práticas gerenciais adotadas pelas empresas nas situações em que, nas incumbências gerenciais de ameaça de demissão e de precarização contra seus pares e subordinados, os gerentes, para superar o medo e as pressões, apelam mais para a virilidade defensiva do que para a coragem moral. Essa estratégia converte o mal em bem, o trabalho sujo em virtude e coragem, como um meio para justificar suas condutas diante das imposições para infligirem sofrimento a outrem.

Quanto às estratégias de estatuto individuais utilizadas pelos trabalhadores para resistirem psicologicamente às pressões presentes em determinadas formas de organização de trabalho, Dejours (1992, p. 37) cita como exemplo o trabalho repetitivo presente na *linha de produção, no trabalho por peças, nos escritórios de informática ou nos bancos*.

A maioria das atividades existentes nesses setores segue o modelo de trabalho taylorizado, em que predominam regras, modos operatórios e tempos rígidos, além da separação da atividade intelectual de execução e divisão do coletivo de trabalho. Esse modelo de organização do trabalho “*engendra mais divisões entre os trabalhadores do que pontos de união; mesmo que eles partilhem coletivamente da vivência de um mesmo local de trabalho*” (Dejours, 1992, p. 39).

Embora atualmente esse tipo de organização tenha adotado outros contornos, em face da necessidade de redução de custos de produtividade, como foi indicado no presente trabalho pelas idéias de Kocyba (2007), também ocorre a intensificação dessas divisões, encobertas pelas novas formas de gestão que utilizam mecanismos mais sutis de vigilância, de submissão, de instauração da competição e de pressão.

Prosseguindo com as explicações anteriores, na organização do trabalho repetitivo os trabalhadores são confrontados, individualmente e na solidão, às violências produtivas. Para Dejours (2004), o trabalho repetitivo e sob controle de tempo leva à monotonia e ao tédio, pois, a repetição dos movimentos entra em conflito com o funcionamento psíquico espontâneo. Nesse tipo de tarefa, a subjetividade do trabalhador, ou seja, o seu pensamento e a sua criatividade torna-se um estorvo para a execução da atividade, porque provoca desatenção, faz cair a cadência da produtividade e altera a concentração, o que poderá levá-lo ao erro.

Diante desse risco, para conseguir enfrentar os constrangimentos da tarefa repetitiva, as demandas por produtividade e abreviação do tempo de contato com a tarefa, os trabalhadores aceleram as cadências dos movimentos. Então, mediante a estratégia de auto-aceleração, os trabalhadores obtêm a paralisia do pensamento. O trabalhador “*auto-acelera seu ritmo até que o seu sistema de percepção-consciência esteja saturado pela cadência*” (Dejours, 2004, p. 176). Esse é o estado de pensamento operatório descrito pela psicossomática.

Por conseguinte, a auto-aceleração dos movimentos, marcada pela “*repressão pulsional nas tarefas repetitivas e sob pressão de tempo*” (Dejours, 2004, p.50), é uma estratégia de estatuto individual para o trabalhador mitigar o sofrimento engendrado pela organização. E diante da impossibilidade de expressão do sentimento de insatisfação, tanto em relação ao conteúdo da tarefa quanto ao conteúdo ergonômico do trabalho, resta ao trabalhador a evasão da pulsão pela via sensório-motriz para manter o equilíbrio psíquico (Pezé, 2002).

Dado o fato de essas estratégias defensivas funcionarem como uma repressão pulsional, os trabalhadores submetidos a um trabalho repetitivo, com imposição de prazos, correm riscos de perder a autonomia subjetiva e moral para um modo operatório rigidamente concebido, que impede a atividade fantasmática e criativa. Em consequência, os trabalhadores aumentam a cadência e aceleram os seus ritmos de trabalho como uma forma de lutar contra a emergência de pensamento e de não desorganizar as atividades, permanecendo apenas o movimento frenético do corpo. Desse processo instala-se um embrutecimento, um torpor psíquico, um semi-embotamento em que o trabalhador não percebe mais o seu sofrimento.

Essa estratégia também tem o seu lado paradoxal. Ao mesmo tempo em que possibilita o enfrentamento do tédio, da monotonia e da insatisfação da tarefa repetitiva, ela também poderá levar à alienação. O seu uso constante poderá impedir o trabalhador de se dar conta do

que se passa consigo mesmo e ao seu redor, e levá-lo à alienação.

É importante enfatizar que a paralisia do pensamento é o resultado da defesa caracterizada pela auto-aceleração dos movimentos (Dejours, 2007). Entre as conseqüências do seu uso freqüente estão o aparecimento de doenças somáticas (como as LER/DORT) e a internalização das cadências e manutenção do pensamento operatório mesmo fora do ambiente de trabalho.

De um modo geral, a auto-aceleração, como estratégia defensiva individual, tem dupla função: de um lado, é necessária para a saúde mental, minimiza o sofrimento e, por isso, é positiva porque protege o trabalhador contra os efeitos deletérios do sofrimento, pois ela mantém o seu equilíbrio psíquico. De outro lado, ao ser apropriada pela organização do trabalho, favorece o aumento da produtividade. Neste último caso, essa estratégia corre o risco de alimentar um jogo perverso: o aumento da produtividade alimenta a possibilidade de reconhecimento para o trabalhador, porém, também funciona como armadilha que o insensibiliza contra aquilo que o faz sofrer, podendo levar à alienação, à não percepção dos limites do próprio corpo, à banalização do próprio sofrimento. Ainda, ela pode se tornar em uma ideologia e provocar distúrbios como as doenças ocupacionais: LER/DORT, depressão e distúrbios endócrino-metabólicos (Dejours, 1992; Dejours e Jayet, 1994; Dejours e Abdoucheli, 1994; Ferreira e Mendes, 2003; Mendes e Cruz, 2004).

As estratégias defensivas se tornam ideologia quando passam a ter um objetivo em si mesmas, ou seja, quando percebem algum tipo de ameaça a elas os trabalhadores defendem e alimentam uma resistência à mudança. Nesse caso, as estratégias correm o risco de serem transformadas em objetivo. O trabalhador toma o sofrimento como decorrente da ineficácia, da fragilidade e da impotência das estratégias defensivas para defendê-los contra o sofrimento e não como conseqüência do enfrentamento dos perigos e riscos das tarefas. Conseqüentemente, a estratégia de defesa passa a ser vista como uma promessa de felicidade é elevada à condição de ideologia, desencadeando conflitos que não geram soluções para o sofrimento de que é vítima. A passagem da estratégia de defesa coletiva à ideologia defensiva se dá mediante o deslocamento da ordem da realidade para a ordem do imaginário, do pensamento para o domínio da alienação.

Ainda para Dejours (2001), as práticas das estratégias e da ideologia defensivas convertem o mal em bem, ou seja, o trabalho sujo passa a ser visto como coragem. Surgem então o desprezo àqueles que são excluídos da empresa ou que não conseguem atingir as demandas da produção. Tal como a alienação, esse é também o lado perverso da estratégia

defensiva, pois poderá provocar retraimento da consciência intersubjetiva e insensibilizar o trabalhador contra aquilo que o faz sofrer.

2.4.2 As estratégias de mobilização subjetiva

Dejours e Abdoucheli (1994) afirmam que os trabalhadores constroem procedimentos que vão além da adaptação às pressões rígidas da organização do trabalho. Colocados em prática, esses procedimentos podem evoluir e transformar a organização do trabalho. Trata-se da mobilização subjetiva dos trabalhadores, que engendra não apenas os aspectos cognitivos da inteligência, mas também aspectos afetivos, e revela o interesse dos trabalhadores pelo trabalho. Essa estratégia visa à obtenção das vivências de prazer mediante a transformação e evolução dos aspectos nocivos presentes na organização do trabalho prescrita.

Assim, diante da necessidade de enfrentar a contradição entre a organização prescrita e a organização real do trabalho e para fazer o trabalho funcionar quando surgirem os imprevistos, os trabalhadores constroem modos especiais para realizar as tarefas, tais como as “regras de ofício”, os “macetes” e os “quebra-galhos”, que não estão de acordo com as regras oficiais, mas estão na origem do prazer no trabalho. A construção de tais procedimentos produzidos pelo coletivo de trabalho mobiliza processos psíquicos relacionados à invenção, à imaginação, à inovação, e à criatividade, que estão ligados a uma forma específica de inteligência que tem sua raiz no corpo, na percepção e na intuição. Trata-se da inteligência astuciosa denominada pelos gregos de *mêtis*, e que designa uma forma de inteligência prática, inseparável da noção de habilidade profissional. Essa forma de inteligência está em constante ruptura com as normas e as regras prescritas, configurando-se como uma inteligência fundamentalmente transgressiva (Dejours, 2001, 2002, 2004; Molinier, 2006).

A inteligência astuciosa, para ser considerada eficaz, deve passar pela validação social e, para tanto, é necessária a existência do espaço de discussão e do coletivo de trabalho, para que os trabalhadores possam discutir a defasagem entre a organização prescrita e a organização real. É nesse espaço que são discutidas e transmitidas as “regras do ofício” e atribuídos os julgamentos de validação e reconhecimento das atividades realizadas pelos trabalhadores para preencher e ultrapassar as incoerências, as insuficiências e as impossibilidades práticas da organização prescrita.

O uso desse tipo de inteligência exige discrição e deve ficar ao abrigo dos olhares exteriores e dos controles, permanecendo em segredo. O uso das habilidades da inteligência

astuciosa protege o trabalhador da fadiga e aumenta a sua produtividade.

Os procedimentos que envolvem os “quebra-galhos”, contudo, nem sempre são considerados como algo tranqüilo para os trabalhadores; o seu caráter transgressivo envolve o descumprimento das normas e poderá trazer o “*sofrimento ético*” (Dejours, 2001, p. 36) ao trabalhador, condená-lo ao estado de ilegalidade, restando-lhe apenas o silêncio e a culpa. A manutenção do segredo sobre os “macetes” e “quebra-galhos” poderá trazer conseqüências desvantajosas para os trabalhadores, uma vez que correm o risco de ter de assumir sozinhos a responsabilidade por seus achados e pelo desrespeito às normas, embora a eficácia dos achados seja incorporada pela organização do trabalho. Desse modo, só resta a alternativa da publicidade para que as novas invenções e descobertas do modo operatório não pesem apenas sobre uma cabeça e também para que a descoberta técnica receba o julgamento e o reconhecimento do outro (Dejours, 1994; 2002).

Enfim, o uso da inteligência astuciosa é uma oportunidade de o trabalhador obter reconhecimento dos colegas quanto ao quesito de *beleza* ou até mesmo de *utilidade* pela chefia. Em situação imprevistas, é o momento para o trabalhador demonstrar habilidade, estilo e originalidade, contribuindo para a criação e invenção de “macetes” e “quebra-galhos”, para a ampliação das “regras do ofício” e transformação da organização do trabalho. Como será discutida, a obtenção de reconhecimento está na origem da construção da identidade mediada pelo trabalho, fator decisivo para a construção da saúde.

2.5.O destino dado ao sofrimento

Para o trabalhador, o sofrimento poderá ser ressignificado por ocasião do reconhecimento do trabalho. A dinâmica do reconhecimento faz parte da visibilidade dos achados da inteligência prática (*mètis*) e está na constatação, pelos outros, da contribuição do trabalhador para a organização do trabalho.

As relações intersubjetivas é que possibilitam o julgamento do trabalho realizado no que diz respeito à sua *utilidade* e *beleza*. O julgamento da utilidade técnica, econômica e social da atividade realizada só poderá ser proferida por quem estiver no topo da linha vertical da hierarquia, ou seja, só o chefe, o executivo, o coordenador é que estarão em condições de avaliar o trabalho. Eventualmente, os subordinados e os clientes também terão essa prerrogativa de julgamento de utilidade.

O julgamento de beleza vai constatar se a realização da tarefa está em conformidade ou não com as regras do trabalho, com as regras da arte do ofício e se existe originalidade no estilo utilizado e qualidade. Este quesito só poderá ser atribuído pelas pessoas que conhecem muito bem o trabalho e suas regras. Esse tipo de julgamento é feito pelos colegas, ou seja, na linha horizontal e confere ao trabalhador pertencimento ao coletivo de trabalho e, conseqüentemente, reconhecimento e identidade (Dejours, 1999, 2002, 2004).

Nesse processo, inicialmente o que é avaliado é o trabalho; posteriormente, o trabalhador se reapropria desse reconhecimento para a construção de sua identidade, que é o “*nó central para a saúde do trabalhador*” (Dejours, 1999, p.94). O reconhecimento é uma forma específica de “*retribuição moral-simbólica atribuída ao trabalhador pela sua contribuição com a organização do trabalho, pelo engajamento de sua subjetividade e inteligência*” (Dejours, 2002, p.56).

Nesse sentido, a reapropriação do sofrimento via dinâmica do reconhecimento viabiliza a construção da identidade na dimensão social, mediada pelo trabalho. Para que esse processo ocorra é necessário o olhar do outro que julga e constata a utilidade do trabalho realizado e que também expressa gratidão pela contribuição recebida. Essa dinâmica só é possível mediante a construção de relações intersubjetivas no coletivo de trabalho (Dejours, 1999; 1992; 2004).

Para a Psicodinâmica do Trabalho, a saúde no trabalho é uma construção mediada pela dinâmica do reconhecimento, que ao conferir julgamento de utilidade, de beleza, de originalidade e de qualidade, possibilita a construção da identidade do trabalhador, uma vez que ela é central para a obtenção da saúde psíquica. Dessa forma, nenhuma relação de trabalho é neutra no que diz respeito à saúde, pois é a qualidade das relações intersubjetivas que contribui para sua construção, tanto no registro do amor (lado erótico) quanto no campo das relações sociais de trabalho. Nesse mesmo sentido, a construção da saúde, ou da normalidade, fundamenta-se na relação da pessoa com um terceiro (Dejours, 1999).

Se a dinâmica do reconhecimento funcionar, o resultado do trabalho repercute em favor da auto-realização e da construção da identidade. Caso contrário, se o reconhecimento não é exercido, o sofrimento não pode ser subvertido em prazer e o trabalho perde então seu sentido subjetivo, gera alienação e, por fim, o aparecimento da crise de identidade e de outras patologias. Como não há neutralidade no campo do trabalho, que pode proporcionar saúde ou doença, é importante considerar que, de acordo com a Psicodinâmica do Trabalho, quase toda descompensação psicopatológica supõe uma crise de identidade (Dejours, 1999).

Para explicar como ocorre esse processo, Dejours (1999, 2004) recorre às idéias de François Sigaut, autor que considera a alienação social como sendo o próprio objeto do sofrimento no trabalho. O trabalhador mantém uma relação com o real, mas essa relação não é reconhecida pelo outro, conforme está indicado na figura abaixo:

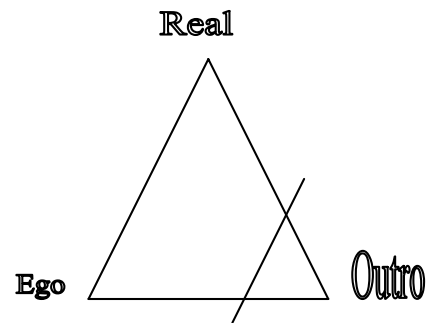


Figura 1: Triângulo da alienação Social – sofrimento no trabalho

Desse modo, o não reconhecimento coloca o equilíbrio mental do trabalhador em risco. Nesse aspecto, há duas formas para lidar com esse sofrimento: na primeira, o trabalhador, não tendo o seu trabalho reconhecido por ninguém, acaba por duvidar daquilo que acredita ser verdade, daquilo que acredita saber fazer e compreender de sua relação como real de trabalho, ou seja, perde a confiança em si mesmo. Na segunda, o trabalhador mantém sua crença na legitimidade de sua relação com o real de trabalho mesmo que, para isso, tenha de lutar contra a opinião de todos; no entanto, aos poucos, acabará por ser visto como louco. De qualquer modo, essas duas formas de lidar com o sofrimento pelo não reconhecimento no trabalho levam ao adoecimento (Dejours, 1999, 2004).

As situações de alienação social que levam ao desenvolvimento de desequilíbrio mental não são raras no ambiente de trabalho, haja vista que o reconhecimento das contribuições dos trabalhadores à organização do trabalho é feito de forma parcimoniosa. Quando os trabalhadores reivindicam retribuição pelas tarefas realizadas nem sempre são atendidos; porém, não se trata de algo marginal, porque essas reivindicações estão inscritas mais no plano simbólico do que no material e, por isso, contribuem para a construção da saúde.

Para a Psicodinâmica do Trabalho, a saúde não é um estado natural, e sim uma construção intencional na qual o trabalho ocupa lugar importante. Portanto, os efeitos do sofrimento no trabalho podem ser conjurados e convertidos em mecanismos estruturantes; para tanto, depende da articulação do trabalhador com a organização do trabalho, com o

coletivo e com o seu próprio mundo subjetivo.

Vale ressaltar ainda que Dejours (1999, 2001, 2004) chama a atenção para uma questão importante: a saúde no trabalho não é colocada da mesma forma para os homens e para as mulheres, em detrimento do lugar diferente que lhes é atribuído na organização do trabalho, ou seja, pela divisão sexual de trabalho. Em decorrência dessa desigualdade socialmente construída, os benefícios simbólicos da sublimação para a saúde mental e o acesso à dinâmica do reconhecimento no trabalho são também atribuídos de forma desigual aos homens e às mulheres. Para o autor, essa é uma questão desafiante para a Psicodinâmica do Trabalho.

O sofrimento dos trabalhadores é explorado em prol do incremento do sistema produtivo e, para tanto, as empresas estimulam a continuidade do círculo vicioso que envolve tensão nervosa e produtividade. Esse processo se dá de modo que quanto mais tensos, mais agressivos, mais ansiosos e medrosos forem, mais os trabalhadores se tornam produtivos. Em decorrência desse fato, Dejours afirma que o sofrimento psíquico é o próprio instrumento para obtenção do trabalho: “*O trabalho não causa o sofrimento, o sofrimento é que produz o trabalho*” (1992, p. 103). Segundo o autor, para aumentar a produção, basta puxar as rédeas do sofrimento psíquico traduzidos em fadiga, frustração, tensão, agressividade, nervosismo, ansiedade, depressão e outros.

Em situações de pressão e de atividade repetitiva, individualmente, os trabalhadores criam procedimentos defensivos que os conduzem à aceleração frenética dos movimentos e das cadências de trabalho, provocando um retorno que impõe a si mesmos uma quietude, uma repressão das atividades fantasmáticas da mente, em proveito da organização do trabalho e da produtividade. Com isso, não há dispersão ou perda de tempo e de recursos.

Na construção civil, na indústria, nas atividades do setor terciário e em outros segmentos do setor produtivo, o medo dos trabalhadores diante das exigências e das pressões os levam a construir “macetes”, “quebra-galhos” e as “habilidades de prudência” que facilitam o domínio dos incidentes e a execução das tarefas. Esses arranjos têm se apresentado mais eficientes do que aqueles procedimentos e regulamentos ditados pelos gerentes.

As “regras de ofício” nem sempre estão de acordo com a organização oficial e, por isso, os trabalhadores sempre correm risco pelo seu uso. Esse tipo de inteligência sempre funciona em relação a uma regulamentação feita anteriormente pela organização prescrita, por isso, tem a função de subverter a prescrição para atingir os objetivos. O resultado dessa

inteligência é apropriado pela organização do trabalho para seu enriquecimento e atualização (Dejours, 1992, 1994, 2001, 2004).

A ansiedade dos trabalhadores também é explorada quando eles não detêm o conhecimento exato do funcionamento de um processo de trabalho e não dispõem de informações necessárias para sua execução. Para superar essa dificuldade, circula um saber próprio que não é formalizado, e sim fruto de um aprendizado que é coletivamente compartilhado por meio da transmissão oral entre os trabalhadores. Esse conhecimento pragmático é que permite o funcionamento do trabalho.

Dessa forma, aos poucos, toda a vida do trabalhador é atravessada pela ansiedade gerada pelo trabalho, pois mesmo fora ele não consegue se desligar, sempre se vê envolvido com as preocupações relativas às questões do cotidiano para a execução das tarefas. Nessas circunstâncias, o sistema produtivo se beneficia do sofrimento do trabalhador, considerando que, quanto mais ansioso ele estiver maior será a produtividade. Assim, o sofrimento é negado e tolerado no ambiente de trabalho.

O cenário atual sugere a existência de uma nova forma de tolerância ou banalização do sofrimento, possível mediante a estratégia adotada pelos novos métodos de gestão empresarial, denominados de “*distorção comunicacional*” por Habermas, conforme citado por Dejours (2001, p. 63). Os novos métodos de gestão, associados ao liberalismo econômico, negam a discrepância entre a organização real e a organização prescrita do trabalho. Esse processo resulta em perplexidade: de um lado a experiência prática da gestão do trabalho real, com suas dificuldades, riscos e perigos; de outro, o discurso satisfeito, triunfante e confiante contido na descrição gerencial. Ou seja, a negação do real de trabalho é a base da *distorção comunicacional*, associado à negação do sofrimento. Um exemplo de *distorção comunicacional* é a “*mentira*” (Dejours, 2001, p. 61), que ocupa os espaços vagos deixados pelo silêncio dos trabalhadores sobre o real e pela ausência de informações em relação aos resultados, aos fatos, aos fracassos e aos erros ocorridos no trabalho.

Enfim, inspirado pelos escritos de Hanna Arendt sobre o “Caso Eichmann”, Dejours (2001) analisa o “*mal infligido a outrem*” (p. 138) na forma de banalização do mal pela gestão do trabalho, decorrente do sistema neoliberal, e faz o seguinte: Por que dentro das empresas pessoas de bem, em sua maioria de senso moral, colaboram com a prática do mal?

De forma contundente, Dejours estabelece uma comparação entre a banalização do mal no sistema neoliberal com a banalização do mal no sistema nazista, considerando ambas

como fruto de um processo capaz de atenuar a consciência moral, ou seja, o “*retraimento da consciência intersubjetiva*” (Dejours, 2001, p. 114), que é marcado pela ausência de pensamentos em relação ao mundo distal. Trata-se de um comportamento normopático, próprio do oficial nazista Eichmann, que consentiu em colaborar no extermínio de pessoas durante a Segunda Guerra Mundial. O comportamento normopático é caracterizado pelo conformismo com as normas de comportamento social e profissional, pela indiferença para com outrem e pela suspensão da faculdade de pensar e de julgar.

Dejours (2001, 2004) afirma que nas organizações o mal infligido a outrem é decorrente das estratégias defensivas utilizadas diante do medo e dos riscos de precarização e de exclusão social. A divisão social do trabalho favorece o retraimento da consciência, pois leva a pessoa a ignorar o que se passa além do seu mundo proximal; conseqüentemente, serve como meio para a divisão subjetiva e reforça a adoção de um comportamento de omissão, de indiferença e de individualismo em relação a outrem.

De modo geral, em uma perspectiva crítica, os pressupostos teóricos da Psicodinâmica do Trabalho evidenciam que as configurações atuais da organização do trabalho têm impacto na subjetividade do trabalhador. As situações concretas colocam os trabalhadores em contato com o real de trabalho que se apresenta na forma de fracasso, no sentido de que o real de trabalho resiste às prescrições. A partir da vivência dessa dinâmica, os trabalhadores forjam um modo de trabalhar diferente daquele determinado; eles criam condições para adequar o trabalho a seus desejos, para serem mediadores da emancipação, para a construção de identidade via reconhecimento e manutenção da saúde.

A seguir, serão apresentados alguns estudos que adotaram os princípios da Psicodinâmica do Trabalho em diferentes setores produtivos e categorias profissionais.

2.6 A contribuição de outros autores

Vários estudos sobre a relação entre trabalho e a saúde dos trabalhadores, tendo como base princípios da Psicodinâmica do Trabalho, vêm sendo desenvolvidos por diferentes autores e com categorias profissionais variadas. Esses estudos teóricos e empíricos têm contribuído para a sedimentação e ampliação da Psicodinâmica do Trabalho e subsidiado a compreensão da relação homem-trabalho.

Aqui serão apresentados alguns estudos realizados nos últimos dez anos, publicados em revistas e periódicos voltados para temas relativos à psicologia do trabalho e à saúde do trabalhador, mas sem a pretensão de esgotá-los, visto que já se trata de um tema com vasta produção. Esses artigos foram agrupados em quatro temas pertinentes às categorias teóricas da Psicodinâmica do Trabalho: a) sofrimento psíquico, b) estratégias de mediação, c) vivências de prazer e sofrimento no trabalho d) saúde no trabalho. Todos esses temas dizem respeito ao objeto de estudo do presente projeto.

2.6.1 Estudos sobre o sofrimento no trabalho

A partir de uma pesquisa epidemiológica, Seligmann-Silva (1992) abordou a temática da inter-relação trabalho-saúde mental, por meio de uma entrevista de relato de experiência denominada “uma história de crise de nervos” com um mecânico de 55 anos de uma empresa do setor siderúrgico.

O relato, em que às vezes surgem as falas da esposa e das filhas, é pautado pela história, pelo ambiente, pelas más condições e pelas relações de trabalho. Todos esses aspectos são manifestados pelo barulho intenso, pela trepidação, pela exposição prolongada a um tipo determinado de gás, pelo calor e perigo advindo das características da tarefa, pela falta de instrumentos e peças que obriga a realização de consertos rápidos e improvisações para o processo produtivo não parar. Ainda, o relato evidencia as perturbações sentidas e expressas no sono perturbado, na irritação, nas mágoas e emoções reprimidas, advindas do conflito com os superiores hierárquicos, relativas às pressões por produção.

A tudo isso soma-se a falta de reconhecimento pelo trabalho realizado, pelos esforços e superação dos limites, fato que leva o trabalhador ao uso de mecanismos de defesa como forma de autoproteção para dar conta de realizar as tarefas e enfrentar a “crise de nervos” e os “sufocos” (e desmaios). Enfim, o relato é pautado também pela vivência do tempo de trabalho, do tempo de não-trabalho, do tempo de viver e de buscar explicações.

Todo esse quadro revela as implicações que a organização do trabalho exerce, nessa empresa em particular, na determinação do surgimento de sofrimento, pois trata-se de uma organização rígida, em que, a lógica da produção se sobrepõe às necessidades e limites humanos. Nela não há pausas, as refeições são sacrificadas, os ritmos de trabalho são acelerados e a jornada de trabalho é prolongada.

Nessa lógica, os distúrbios ocorridos na saúde do trabalhador são originados nas situações laborais, mas são minimizados e, até mesmo, há evidência de uma estrutura que tenta mediar o restabelecimento da saúde. Porém, nesse estudo, o que se torna evidente é que os aspectos relativos à organização e às condições de trabalho, geradores de sofrimento permanecem inalterados, sugerindo que, nesse contexto, o trabalhador é meramente uma variável de ajuste.

Em face das situações reveladas no relato do trabalhador, Seligmann-Silva (1992) evidencia os sintomas do processo de adoecimento pela vivência de cansaço acumulado, perturbações de sono, dores pelo corpo, perda de apetite, irritabilidade, desânimo, dores de cabeça e outros sintomas que podem ser diagnosticados como síndrome de fadiga patológica.

Para a autora, diante de tamanha complexidade dos distúrbios, a prevenção representa um desafio. E, com base nas idéias de Dejours discute a diversidade das situações de trabalho e as rápidas mudanças tecnológicas e organizacionais dos processos que se inserem na atividade laboral e geram tensão e distúrbios psíquicos.

Nessa mesma direção, um outro importante estudo sobre o sofrimento psíquico foi realizado por Nicole Aubert (1993) denominado A Neurose Profissional e que apresenta três casos clínicos sobre o sofrimento mental.

O estudo está apoiado nas concepções teóricas e empíricas de pesquisadores franceses, dentre eles Dejours, que se inspiraram nos princípios psicanalistas, em torno dos conceitos de desadaptação psíquica do homem no trabalho, de higiene mental no trabalho e da psicopatologia do sofrimento no trabalho. Especificamente, o conceito de neurose profissional está apoiado no trabalho de Le Guillant e Bégoïn intitulado Neurose das Telefonistas e cujos achados evidenciaram uma síndrome geral de fadiga nervosa relacionada às condições de trabalho penosas: ritmo acelerado, exigência de rendimento, mecanização dos atos e monotonia, supervisão cerrada, entre outros.

Aubert (1993), por sua vez, indica a existência de uma neurose profissional, que considera como uma afecção psicogênica persistente, na qual os sintomas são a expressão simbólica de um conflito psíquico. O desenvolvimento desse conflito está vinculado a uma situação organizacional, não sendo, por isso mesmo, uma reatualização de um conflito psíquico infantil. Outro conceito trabalhado pela autora é o de psiconeurose profissional que tem relação com a revivência pelo indivíduo de um conflito infantil por intermédio de uma situação organizacional ou profissional, de um conflito infantil.

Aubert ilustra o conceito de neurose profissional a partir de três casos clínicos. O primeiro descreve o distúrbio que acomete uma enfermeira no serviço de reanimação, ou seja, uma neurose profissional denominada pela autora neurose profissional traumática. O relato evidencia a vivência de sofrimento em virtude da carga psíquica decorrente do confronto com a morte. Diante da impotência de não poder dominar a morte, os profissionais, freqüentemente, se deparam com o fantasma da sua própria morte e a emergência de sentimento de culpa por não terem feito além do possível para impedir o falecimento do doente. Os sintomas são manifestados por meio da insônia, da ‘ruminação’ solitária dos acontecimentos do dia, do afastamento dos relacionamentos afetivo e profissional e da indisposição para com o mundo exterior.

O segundo caso apresentado, que Aubert chama de ‘psiconeurose profissional’, mostra como a relação psíquica mantida por certos indivíduos com a organização do trabalho apresenta, às vezes, uma semelhança com certas relações conflitantes provenientes da infância. Uma situação de trabalho com nível alto de estresse coletivo desencadeia, em nível coletivo, reações agressivas entre as pessoas, um absenteísmo cada vez mais acentuado e rotatividade de mão-de-obra; em nível individual, são manifestados os sintomas de fadiga excessiva, distúrbios digestivos, angústias, insônias e outros.

O terceiro caso exemplifica o que a autora denomina de neurose de excelência. Certas organizações de trabalho provocam, em alguns tipos de personalidade que buscam um ideal profissional elevado, o que é denominado de doença da idealização. O ideal profissional, comparado com o termo psicanalítico de Ego-Ideal, leva ao alto investimento na instituição sob a forma de necessidade de trabalhar energicamente, de envidar cada vez mais esforços de desempenho para o alcance de maior sucesso. Nesse tipo de organização de trabalho, a pessoa encontra-se presa em uma espiral infernal, vê-se obrigada a correr cada vez mais depressa em um contexto no qual tudo muda rapidamente e em que não resta nada mais de estável para se agarrar, para retomar o fôlego. Esse fenômeno ocorre nas organizações que praticam a denominada administração por excelência. Nesse tipo de organização, os trabalhadores são obrigados a buscar uma imagem de si em conformidade com os padrões de excelência da empresa e com isso abrem espaço para que o processo neurótico se instale.

As conseqüências da neurose de excelência poderão ser manifestadas na “queimadura interna” (*burn out*) termo que designa o processo em que a pessoa se sente brutalmente tragada. Esse tipo de esgotamento psicológico atinge as pessoas que nutrem o ideal profissional elevado e se sentem super identificadas com a organização. Esse estado constitui

o elevado custo do sucesso decorrente da luta constante para manter e satisfazer os ideais de excelência. Frequentemente, poderá haver manifestação de frustração em relação à organização tão amada, causada pela desilusão, pelo não reconhecimento do investimento. À queimadura interna segue-se então a depressão.

Esses três casos relatados por Aubert (1993) deixam claro algumas questões colocadas por Dejours, como o impacto que a organização do trabalho tem sobre o psiquismo do trabalhador e a importância da dinâmica do reconhecimento na manutenção ou não da saúde, seja pelos pares, pelos usuários/clientes ou pela chefia. O reconhecimento pelo trabalho realizado, não apenas na forma material, mas principalmente simbólica, propicia a construção de uma identidade profissional que é fonte de equilíbrio e saúde.

Glina et al.(2001), mediante pesquisa empírica, buscam estabelecer uma relação entre as situações de trabalho e os distúrbios psíquicos denominada *Saúde Mental e Trabalho: uma reflexão sobre o nexa com o trabalho e o diagnóstico com base na prática*. A pesquisa foi realizada no Centro de Referência de Saúde do Trabalhador de Santo Amaro (SP) e no Centro de Referência de Saúde do Trabalhador André Gabois (SP), com pessoas atendidas em razão de distúrbios psíquicos relacionados ao trabalho e trabalhadores portadores de LER/DORT .

Nesse estudo foram selecionados sete casos dos 150 atendimentos de distúrbios psíquicos relacionados ao trabalho e também com trabalhadores portadores de LER/DORT. Nos casos escolhidos foram feitas análises temáticas das anamneses e dos prontuários. Como os objetivos do estudo eram os de caracterizar as situações de trabalho relacionadas aos distúrbios psíquicos dos pacientes e discutir o estabelecimento do nexa causal com o trabalho, foram enfocados os seguintes temas: identificação, história de trabalho e relações com o desenvolvimento dos sinais e sintomas, quadro clínico e discussão do nexa causal com o trabalho, diagnóstico segundo o CID 10. Participaram do estudo motoristas, encarregados de linha de montagem, dedetizadores, agentes de segurança, caixas de banco e gerentes de produção.

Os autores afirmam que a não caracterização do papel atribuído ao trabalho como agente agravante ou desencadeante de distúrbios psíquicos tem ocasionado prejuízos tanto à qualidade e eficácia do tratamento quanto ao acesso aos direitos legais, deixando o trabalhador de usufruir os benefícios previdenciários. Assim, ainda persiste uma grande dificuldade de reconhecer, diagnosticar e estabelecer o nexa causal dos transtornos mentais com o trabalho.

Os resultados apontaram para a existência de condições de trabalho físicas, químicas ou biológicas que podiam causar danos à saúde física e/ou mental do trabalhador. Tais condições podiam ocorrer concomitantemente a problemas relacionados à organização do trabalho e às condições de vida do trabalhador. A análise revela que há indicações de dificuldades concernentes ao estabelecimento de diagnóstico, em virtude da vinculação entre os quadros clínicos e o trabalho. Outra dificuldade refere-se à ausência, na classificação internacional de doenças, de um grupo de diagnósticos de distúrbios psíquicos relacionados ao trabalho.

Os diagnósticos foram variados dos sete casos analisados. Em três casos, os distúrbios psíquicos estavam relacionados com a síndrome pós-traumática decorrentes de assaltos; em outros dois casos, os distúrbios referiam-se a casos psicóticos orgânicos ligados a acidente ou à exposição a produtos químicos. Também foram analisados um caso com quadro de fadiga e outro ligado à depressão, paranóia e transtornos de adaptação.

Quanto aonexo causal entre doença e trabalho, foi possível encontrar a relação entre as condições física, química ou biológica de trabalho e os danos causados à saúde física e/ou mental dos trabalhadores. Também foi possível encontrar problemas relacionados à organização do trabalho. Desse modo, acredita-se que vários aspectos da situação de trabalho e de extra trabalho podem atuar de forma conjunta no desencadeamento de transtornos mentais.

Os autores afirmam que existem dificuldades para a vinculação entre os quadros clínicos e o trabalho. Uma primeira dificuldade reside no fato de não haver um consenso, entre os estudiosos, que permita uma classificação dos distúrbios psíquicos vinculados ao trabalho. Embora haja uma concordância sobre a importância etiológica do trabalho, ainda não está suficientemente claro o modo como é exercida essa conexão trabalho/psiquismo para estabelecimento de um quadro teórico. Outra dificuldade apontada no estudo é a ausência, na Classificação Internacional das Doenças, de um grupo de diagnósticos de distúrbios psíquicos relacionados com o trabalho.

Enfim, para os autores, ainda é um desafio o estabelecimento donexo entre adoecimento e a situação de trabalho, dificuldade que permanece porque cada processo é específico para cada indivíduo, envolvendo sua história de vida e de trabalho. Ainda, onexo causal passa por uma descrição detalhada da situação e do ambiente de trabalho, da organização e da percepção da influência do trabalho no processo de adoecimento. O reconhecimento também passa pela emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)

que deve ser emitida sempre que o diagnóstico evidenciar o papel da situação de trabalho como desencadeante ou agravante do adoecimento.

De forma geral, esse estudo pontua as dificuldades que os trabalhadores enfrentam para terem reconhecidos os danos e/ou distúrbios físicos e psíquicos que sofrem e que estão relacionados com as situações de trabalho. O modelo médico tradicional que transforma a situação coletiva de trabalho em casos particulares, ou seja, que promove a individualização do coletivo, impede a visão do lado social do desencadeamento da doença. O que se constata, a partir do relato dos casos estudados, é a subnotificação dos casos de adoecimento, ou seja, na maioria dos casos não houve emissão da CAT pelas empresas empregadoras. Esse fato, além de dificultar o nexo causal com o trabalho impede aos trabalhadores o acesso aos benefícios previdenciários, como o auxílio-doença.

Todo esse quadro é agravado pela falta de políticas das empresas para realizar o processo de readaptação dos trabalhadores, fato que quase sempre resulta no agravamento das doenças e, com certeza, em um novo afastamento. Diante desse cenário, conclui-se que um longo caminho ainda deverá ser percorrido para a obtenção do nexo entre o adoecimento e a situação de trabalho.

Ainda sobre o tema sobre sofrimento psíquico, Palácios et al. (2002), em pesquisa empírica, analisam a contribuição do trabalho na produção de sofrimento dos caixas em um banco estatal. O ponto de partida desse estudo foram as dificuldades para realização das tarefas, das relações estruturais de trabalho e das contingências entre o trabalho prescrito e o real: o efetivamente realizado, com suas variabilidades, e as questões que vão determinar as situações produtoras de sofrimento.

O estudo está apoiado nos princípios da Psicodinâmica do Trabalho (Dejours, 1993; 1994), que articula trabalho, sofrimento e reconhecimento. Para a Psicodinâmica do Trabalho, a construção do sentido do trabalho pelo reconhecimento gratifica o sujeito em relação às suas expectativas diante da realização de si (construção da identidade no campo social) e pode transformar o sofrimento em prazer.

Ainda, o desenho dessa investigação se aproximou da Análise Ergonômica do Trabalho e procurou compreender como o trabalho é realizado e quais são os seus determinantes, a partir da observação da atividade e da construção compartilhada das situações de trabalho. Para esse fim, foram realizadas a contextualização da empresa no mercado, a caracterização do grupo de trabalho e do posto de trabalho, a política de recursos

humanos e o funcionamento das duas agências participantes da pesquisa. Ainda, recorreu-se aos documentos oficiais dessa instituição.

O roteiro da entrevista foi elaborado a partir dos dados obtidos nas observações do desenvolvimento das atividades de caixa. As entrevistas foram realizadas com os gerentes intermediários, com diversos funcionários e com caixas. O objetivo das entrevistas foi buscar compreender e conhecer como o trabalho é realizado em todos os seus detalhes e como ocorrem as relações entre colegas, com os clientes e com a hierarquia. As observações consistiram em acompanhar o trabalho do caixa durante a jornada de trabalho.

Os resultados da pesquisa apontaram para grandes transformações tecnológicas e organizacionais motivadas pela competição interbancária, expressa na adoção de investimentos na automação e na diversificação dos produtos, na maior flexibilidade de funções e no novo desenho de agências.

Constatou-se que com essas mudanças os caixas foram os mais atingidos, visto que suas atividades estão sendo substituídas pelas máquinas, os caixas eletrônicos, fato que tem transformado continuamente o seu cotidiano de trabalho. O estudo também revelou as preocupações inerentes a esses trabalhadores, como a “diferença de caixa” e as “agressões dos clientes”. A “diferença” é tida como um erro que, via de regra, é atribuído ao caixa, acarretando-lhe prejuízo financeiro. Essas diferenças, ou erros, usualmente ocorrem com mais frequência no momento do “fechamento do dia”, na hora de classificar o papel recebido, no pagamento de cheque contra-ordenado ou cuja assinatura não confere. As conseqüências dessas falhas são sentidas tanto no orçamento mensal do trabalhador quanto na sua saúde mental.

Como estratégias de defesa para evitar a ocorrência de erros, os caixas citam a necessidade de se terem “rotinas” e não sair delas para lidar com as dificuldades do trabalho. Essa estratégia reforça o sentido individual, a culpa do erro e possivelmente poderá gerar sintomas psicoemocionais. Trata-se de estratégias individuais que dificultam o desenvolvimento de estratégias coletivas, pois as primeiras são úteis no processo de competição instaurado pelo medo de perder o emprego. Para os autores, o sentido individual atribuído ao erro está vinculado também ao contexto no qual está inserido o banco, que promove o achatamento salarial. O estímulo à competição entre os caixas e o medo de perder o emprego gera a quebra de coesão entre as equipes, acrescentada à falta de espaço para discussão, leva os caixas ao isolamento e à culpabilização individual dos erros, mesmo que racionalmente aceitem que “errar é humano”.

Ainda, as análises dos resultados apontam para uma situação de trabalho conformada pela articulação de diversos elementos que são capazes tanto de produzir sofrimento quanto prazer. Apontam para as mazelas da organização do trabalho repetitiva, como a de caixa, e entre elas estão: a falta de espaço de discussão, a intensificação do ritmo de trabalho, a autoculpabilização pelos erros e a quebra da coesão e da solidariedade entre os pares, todos fatores geradores de agravos à saúde mental no trabalho.

Como foi discutido nesse trabalho de Palácios et al. (2002) e também por (Jinkings,1996; Laranjeira, 1997, SegninI, 1999), a reestruturação produtiva dos bancos causou uma revolução no trabalho bancário, especificamente na função de caixa. Os resultados desse estudo evidenciam também que a fragilidade do coletivo e a falta de luta contra o sofrimento estão enraizadas no medo da demissão e da precarização. O medo gera condutas de obediência e submissão, fato que impossibilita mudanças na situação de trabalho. Assim, o banco acaba por se beneficiar do medo, do sofrimento e das atitudes individuais dos caixas, conforme ficou claro com os bancários pesquisados.

Um importante estudo sobre o sofrimento psíquico no trabalho foi realizado por Heloani e Capitão (2003). Mediante incursões teóricas e análises sociopsicológicas, os autores discutem a forma como o trabalho está organizado e as repercussões psíquicas provocadas pelo trabalho sem sentido.

Inicialmente, Heloani e Capitão esclarecem que, recentemente, a ênfase à saúde mental deslocou-se das doenças ou de sua prevenção para a saúde, com recursos que visam a melhoria das condições de saúde física e mental. Elas tomaram como objetivo do estudo explorar as condições de milhares de pessoas sem imunidade que, embora suportem as pressões, conseguem de alguma forma escapar de um transtorno psicótico severo e se mantêm no campo da normalidade.

Conforme afirma Dejours (1999), se a organização do trabalho não traz doenças mentais específicas, o efeito crônico de uma vida mental sem saída mantido pela organização do trabalho tem conseqüências que favorecem as descompensações psicossomáticas.

Em uma análise geral sobre o contexto do trabalho, Heloani e Capitão evidenciam a pressão constante sobre os trabalhadores e as ameaças freqüentes de demissões que trazem conseqüências drásticas para todos aqueles que têm em seu trabalho sua única fonte de sobrevivência. A essas situações acrescentam-se as contínuas exigências de qualificação especial, até mesmo para apertar um simples botão.

Para os autores essa realidade adentra e fere o psiquismo humano e deixa nas pessoas o sentimento de impotência e de desvalorização. Para uma melhor compreensão dessa situação, eles analisaram as seguintes categorias: paradoxos do trabalho, a qualidade de vida e sofrimento do trabalho.

Quanto aos paradoxos do trabalho, Heloani e Capitão evidenciam as últimas transformações promovidas pelo capital, que levaram à desumanização das relações humanas e se surpreendem com a forma e a fôrma pelas quais o homem atual vai se colocando. Por meio do trabalho, o capitalismo estrutura o mundo. Ao adotar o modelo de flexibilização da produção, da estrutura e da função, as empresas podem mudar de cidade, de nome, de país, de ramo e de atividade, deixando seus trabalhadores na incerteza, sem identificação com a prática diária e, até mesmo, sem identificação com a instituição para a qual trabalham. Nesse sentido, os autores apontam como paradoxo do trabalho: a corrosão das relações pessoais, assim como o ato de produção será, em todos os seus momentos, também ato de consumo, ou seja, a produção é consumo e imediatamente também é produção.

A segunda categoria analisada foi qualidade de vida, tendo os autores concluído que existe atualmente nas organizações um discurso voltado para essa questão. No entanto, ressaltam que nesse discurso sobre a qualidade de vida existem os interesses de uma política mundial de ajustes de custos que obrigam governos e empresas a “minguarem” as conquistas sociais alcançadas no último século pela classe trabalhadora.

Além da inexistência de uma definição consensual sobre o que venha a ser qualidade de vida no trabalho - pois essa expressão é utilizada com diferentes conteúdos e interesses - o que se constata é que a qualidade de vida do trabalhador, especialmente daqueles que vivem no Terceiro Mundo, está se degradando dia após dia. Prova disso é a explosão de doenças como a LER/DORT (Lesões por Esforço Repetitivo ou Distúrbios Osteomusculares), que se tornaram quase uma epidemia, e outras doenças que comprometem a saúde psíquica dos trabalhadores, além do assédio moral.

Por fim, a questão do sofrimento no trabalho que tem como base os princípios da Psicodinâmica do Trabalho (Dejours, 1992; 1994). A pesquisa faz uma relação entre o sofrimento no trabalho, a partir do pensamento de Freud sobre o desenvolvimento psíquico do ser humano, especificamente no que se refere às idéias sobre o princípio do prazer. Desse modo, a evitação do sofrimento por parte do ego também ocorre em relação ao trabalho, tanto do ponto de vista físico quanto mental.

Como Heloani e Capitão (2003) afirmam, o trabalho como uma condição externa, poderá proporcionar sofrimento (desprazer) para o ego, empobrecendo-o e restringindo sua ação a mecanismos de defesas repetitivos. Esses mecanismos, às vezes são ineficazes, pois não permitem aferir a satisfação de determinadas pulsões que, não satisfeitas, tensionam o aparelho psíquico, gerando angústia, estados depressivos, ansiedade, medos, sintomas somáticos e demais sinais de sofrimento mental.

Em uma crítica aos novos modelos de produção, os autores citam a postura dos psicólogos organizacionais que adotam as idéias, os princípios e os pressupostos das teorias administrativas sem nenhuma crítica e reflexão. Entre elas estão as Teorias da Qualidade, consideradas como verdadeiro fetiche pós-moderno, as quais, na realidade, não passam de uma reatualização de princípios tayloristas e fordistas. Nas organizações pós-fordistas signatárias do neoliberalismo, por exemplo, houve apenas a maquiagem do controle: passou-se do controle externo do desempenho para o controle interno dos próprios colegas. Nesse sistema, a matéria-prima mais valiosa são as pessoas; a moeda mais importante são o signo e o símbolo, enquanto a manipulação dos processos psicodinâmicos constitui a principal tecnologia. Em outras palavras, houve a substituição do chicote, do supervisor e dos testes psicológicos pela ilusão da integração e da participação. Nessa perspectiva, dá-se a construção de uma subjetividade calcada no projeto neoliberal que semeia o individualismo e a barbárie.

O trabalho de Heloani e Capitão (2003) revela, com muita propriedade, além dos paradoxos do próprio trabalho em si, as repercussões psíquicas que um trabalho sem sentido pode provocar tanto no corpo quanto na mente do trabalhador. Ainda, desvela as armadilhas impostas pela estrutura organizacional neoliberal que transforma o trabalho não em uma forma de expressão de vida e de emancipação e sim em sua negatividade, melhor dizendo, em fonte de sofrimento.

2.6.2 Estudos sobre as vivências de prazer e sofrimento no trabalho

Lunardi e Mazzilli (1996), mediante a pesquisa empírica *O processo de trabalho na área de enfermagem: uma abordagem psicanalítica* buscaram identificar, de acordo com a percepção dos trabalhadores de enfermagem de um hospital público, os fatores que determinam a gênese do sofrimento ou do prazer no trabalho.

Para a realização desse estudo, os autores tiveram como referência os princípios da

Psicopatologia do Trabalho (Dejours e Abdoucheli, 1994) e procuraram evidenciar o que no trabalho é dialeticamente oposto ao desejo do trabalhador, pois este está situado entre a necessidade (no sentido físico) e a demanda (no sentido amoroso).

A pesquisa, de caráter exploratório-descritivo, foi realizada em uma instituição hospitalar pública. Participaram 18 profissionais de enfermagem (enfermeiros e auxiliares de enfermagem) que trabalhavam em diferentes setores e em turnos diferentes. A escolha por essa amostra foi motivada pela característica de a enfermagem ser uma profissão socializada, em decorrência da divisão social e técnica do trabalho.

Os dados foram coletados por meio de entrevistas semi-estruturadas e submetidos à técnica de análise de conteúdo de Bardin (1979). Optou-se pela análise temática que é realizada mediante a categorização, ou seja, com o desmembramento do texto em unidades, seguindo-se seu reagrupamento analógico.

Os resultados da análise apontaram para a existência de um conjunto de três categorias síntese acerca dos fatores que originaram prazer e sofrimento no trabalho: o trabalho em si, a organização do trabalho e as condições de trabalho.

Primeiramente, a categoria ‘o trabalho em si’ revelou que, a partir das descrições das vivências e percepções dos trabalhadores, o trabalho é fundamental para a construção do sujeito; é um espaço para a construção de sentido, identidade, continuidade e historicidade. Ou seja, o trabalho é não apenas uma forma de ganhar a vida, como também um meio de inserção social no qual os aspectos psíquicos e físicos estão fortemente implicados.

Essa categoria também evidenciou que o sofrimento das pessoas que exercem a atividade de enfermagem decorre da própria natureza e das características desse trabalho: lidar com a dor, com as perdas, com as mortes e assumir o cuidado de pessoas doentes. Por isso, a responsabilidade de tal função recai intensamente sobre a equipe de enfermagem.

A segunda categoria, ‘organização do trabalho’, evidenciou a emergência de bloqueios na relação homem-organização do trabalho. Esse bloqueio está implicado na gênese do sofrimento no trabalho, principalmente por essa organização ser percebida como autocrática e autoritária. Essas características dificultam o seu rearranjo pelo trabalhador e geram o bloqueio da relação conflitual do aparelho psíquico com a tarefa, que não oferece saída para a energia pulsional. Em decorrência do acúmulo dessa energia originam-se os sentimentos de desprazer, fadiga e tensão, ou seja, o domínio do sofrimento.

Por último, a categoria ‘as condições de trabalho’ apontou para a existência de

vivência de sofrimento em virtude da insuficiência de recursos humanos na área de enfermagem hospitalar. Esse fato tem contribuído significativamente para o desgaste físico e mental dos trabalhadores remanescentes.

Desse modo, o sofrimento emerge do medo de não haver tempo ou condições para concluir as tarefas ao encargo de cada um. O sofrimento também emerge do descaso, do desconhecimento e da negação das dificuldades experimentadas pelos membros da equipe de enfermagem, ou seja, do não compartilhamento desse sofrimento pela direção e coordenação de enfermagem.

Enfim, mediante os resultados das análises, percebeu-se que grande parte da vivência de sofrimento dos trabalhadores de enfermagem é originária da organização e das condições de trabalho. Aparentemente, pode-se tomar esse fato como um paradoxo, pois uma instituição que tem como objetivo principal cuidar da saúde de outrem não dá conta de propiciar melhores condições de trabalho e dotar uma organização de trabalho que atenda às necessidades imediatas daquelas pessoas que se propõem a ser cuidadoras da saúde de um outro. O estudo de Lunardi e Mazzilli (1996) reafirma um dos pressupostos da Psicodinâmica do Trabalho quando enfatiza que tudo que dificulta ou inviabiliza o rearranjo da organização do trabalho acaba por se tornar uma fonte de sofrimento para o trabalhador.

Nessa mesma direção, Ferreira e Mendes (2001) desenvolveram um estudo propondo um diálogo entre a Ergonomia Francofônica e a Psicodinâmica do Trabalho *Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor: uma atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho*. Os objetivos foram os de estabelecer uma inter-relação entre a atividade de trabalho e as vivências de prazer-sofrimento dos trabalhadores em um contexto organizacional específico de atendimento ao público e buscar identificar o impacto dessa atividade no bem-estar psíquico dos pesquisados. O ponto de interseção dessas duas disciplinas estava na preocupação de estudar o contexto de trabalho como um fator que influencia a saúde do trabalhador.

Segundo os autores, para investigar essa inter-relação, o estudo foi fundamentado em duas premissas interdependentes: primeiro, a atividade do sujeito em situação de trabalho é um processo permanente de regulação que visa responder adequadamente aos objetivos das tarefas, às múltiplas determinações do contexto de trabalho (situacionais, físicas, materiais, instrumentais, organizacionais e sociais) e à avaliação que o sujeito faz de seu estado interno. Em segundo lugar, o prazer-sofrimento é uma vivência subjetiva do próprio trabalhador, compartilhada coletivamente e influenciada pela atividade de trabalho.

A pesquisa foi realizada na Secretaria de Segurança Pública, integrada ao Sistema Nacional de Trânsito. A amostra foi composta por 64 funcionários lotados no serviço de atendimento da instituição nas seções de Cadastro e Habilitação de Condutores, Registro e Licenciamento de Veículos, Serviço de Controle de Infrações, Serviço de Processamento de Dados e no guichê de Recepção e Informações. Esses funcionários, todos do sexo feminino, exerciam cargos de técnicos em informática, pesquisadores de veículo e assistentes de trânsito, com segundo grau completo, casadas e com tempo de serviço de cinco anos. Para a coleta dos dados foram utilizadas a observação livre e sistemática e entrevistas individuais. Para identificar as vivências de prazer-sofrimento utilizou-se a Escala de Prazer-Sufrimento no Trabalho – EPST, validada por Mendes (1996).

As observações e as entrevistas foram qualitativamente descritas com base na análise de conteúdo categorial. Na análise pela Escala de Prazer e Sofrimento no Trabalho foi utilizada a técnica de estatística descritiva: média, desvio-padrão e teste “T” de diferenças de médias.

De modo geral, os resultados indicam que a inter-relação entre a atividade de atendimento ao público e o bem-estar psíquico dos sujeitos são faces de uma mesma moeda. Especificamente, do ponto de vista ergonômico, a atividade de atendimento ao público se caracteriza por três aspectos interdependentes: primeiro, a execução dos serviços é centrada em um ritual cotidiano de tratamento de informações e exige um trabalho mental intenso; segundo, as condições ambientais, materiais e instrumentais de trabalho disponibilizadas pela instituição para a realização dos atendimentos são em variáveis limitadoras, pois, dificultam as atividades dos funcionários e reduzem a margem de manobra para gerir as exigências dos serviços. Por último, a multiplicidade e a interação dos fatores de complexidade aumentam, sobretudo, as exigências cognitivas e psíquicas da atividade do atendimento, agregando dificuldades aos atendentes para a construção de estratégias de regulação.

Os resultados, de acordo com a Psicodinâmica do Trabalho, indicam que a predominância das vivências de sofrimento estão associadas tanto às condições nas quais as atividades são realizadas quanto às relações socioprofissionais. Para Ferreira e Mendes (2001) esse resultado sinaliza para a necessidade de mudanças organizacionais para redução e minimização dos fatores que causam cansaço, desânimo e descontentamento com o trabalho.

No que se refere à inter-relação entre ergonomia e a Psicodinâmica do Trabalho, percebe-se um diálogo enriquecedor entre as duas disciplinas e que está em processo de construção. A interdisciplinaridade no estudo da temática trabalho e saúde contribuirá para a

construção de conhecimento sobre a complexidade que envolve essas duas categorias, ora centrais para vida humana.

Lima e Ésther (2001) procuraram desvendar o processo de desgaste/prazer no trabalho com profissionais de enfermagem e encontraram um mundo marcado por dor, tristeza e morte, mas no qual, mesmo assim, havia encantamento, um ambiente de trabalho em que subsistiam a alegria, o lúdico e o prazer.

A pesquisa foi realizada no Hospital Universitário da Universidade Federal de Juiz de Fora-MG, baseada em uma amostra intencional dos trabalhadores de enfermagem de uma unidade de atenção direta ao paciente. Foram realizadas entrevistas com 14 enfermeiros, 13 técnicos de enfermagem e 09 auxiliares que exerciam suas atividades em turnos distintos.

Para a análise do fator desgaste mental relacionado ao trabalho foi adotada como base teórica o materialismo histórico e dialético de Menzies (s.d). Para a análise do sofrimento psíquico dos profissionais que trabalhavam com a dor foram adotados os pressupostos teóricos de Pitta (1990) e para conceituar o fator desgaste foram tomadas as contribuições de Laurell e Noriega (1989). Por fim, adotou-se a abordagem da Psicodinâmica do Trabalho (Dejours, 1992, 1994) para a explicação e compreensão da dinâmica prazer-sofrimento gerada pela relação entre homem-trabalho.

Os resultados indicaram que, apesar do sofrimento que a atividade de enfermagem contém em si mesma, há também possibilidade de vivência de prazer na organização e nas condições de trabalho. Outro fator de sofrimento é decorrente do modelo funcionalista/burocrático de gestão do hospital e, por fim, os profissionais de enfermagem têm sido marcados por conflitos, preconceitos, sofrimentos e lutas por espaço de trabalho.

Esse estudo de Lima e Ésther (2001) evidencia a luta pela busca de prazer no trabalho, a despeito da organização rígida, marcada pela tristeza e pela dor e de as condições de trabalho serem insuficientes para prestar um serviço respeitável aos pacientes. Essa constatação reafirma o pressuposto da Psicodinâmica de Trabalho de que o sofrimento poderá ser ressignificado e que prazer e sofrimento caminham juntos.

Ainda sobre o tema prazer e sofrimento, Mendes e Morrone (2002), apoiadas nos princípios da Psicodinâmica do Trabalho, realizaram pesquisa sobre a ressignificação do sofrimento psíquico no trabalho informal. O objetivo do estudo foi analisar as relações entre as vivências de prazer e sofrimento, as características da organização de trabalho e a dinâmica do reconhecimento.

Participaram da pesquisa 20 trabalhadores donos de barracas em uma feira de importados em Brasília (DF), e o instrumento para a coleta de dados foi a entrevista individual semi-estruturada. Após a transcrição das fitas de áudio, as entrevistas foram analisadas de acordo com a análise de conteúdo de tipo categorial.

Os resultados apontam as características de flexibilidade da organização do trabalho como fonte de prazer, já que esses trabalhadores eram proprietários de seu próprio negócio. Como não estão submetidos a uma organização prescrita de trabalho, possuem autonomia, controle do processo de trabalho e liberdade de expressão, indicadores favoráveis à vivência de prazer. Contudo, a precariedade das condições de trabalho é percebida como elemento provocador de sofrimento e é enfrentada por meio das estratégias defensivas e ressignificada pela dinâmica do reconhecimento decorrente da valorização atribuída pelos familiares e amigos em face do desemprego.

Vieira (2005) no estudo descritivo denominado *Prazer, sofrimento e saúde no trabalho de teleatendimento* investigou as vivências de prazer-sofrimento de teleatendentes que trabalham no setor de tarifas em uma central de teleatendimento ao cliente que presta serviços à uma empresa operadora de telefonia fixa em Goiânia-GO. O estudo foi dividido em duas partes: uma quantitativa e a outra qualitativa. Na parte quantitativa, participaram 396 teleatendentes; a coleta de dados foi realizada mediante a aplicação da Escala de Prazer e sofrimento no Trabalho (EPST) e da Escala de Sintomas Físicos e Psicossociais Relacionados ao Trabalho (ESFPT), ambas pertencentes ao Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimentos (ITRA) validada por Mendes (2005). Os dados foram analisados de acordo com a estatística descritiva.

No estudo qualitativo participaram nove teleatendentes que formaram dois grupos: no primeiro participaram 4 trabalhadores e no segundo cinco. Para a coleta de informações foram realizadas entrevistas coletivas e semi-estruturadas; os dados foram analisados de acordo com a análise de conteúdo (Bardin, 1977).

De modo geral, os resultados indicam que os teleatendentes percebem a organização do trabalho rígida, com tarefas repetitivas e realizadas sob pressão de tempo, e sob monitoração constante do supervisor. Ainda, percebem a existência de sobrecarga de trabalho proveniente das demandas dos clientes por atendimento de faturas, do tempo médio exigido para realizar o atendimento aos clientes, das metas a serem atingidas, da exigência de atendimento de qualidade e acrescida da dificuldade de realizar pausas durante o expediente para suprir as suas necessidades fisiológicas, por exemplo, ir ao banheiro.

Nesse sentido, trata-se de uma organização do trabalho que é fonte de sofrimento para esses trabalhadores. Por isso, as vivências de sofrimento são por causa da subtração do saber intelectual, pois a rigidez das prescrições entra em confronto com as suas necessidades e desejos.

De acordo com a percepção desses trabalhadores, as vivências de sofrimento também estão relacionadas às condições de trabalho, pois consideram que o sistema adotado para realizar o atendimento é arcaico e lento; há insuficiência de equipamentos de proteção individual e o ar condicionado não refrigera adequadamente o ambiente de trabalho. Por último, o sofrimento também é atribuído à precarização do trabalho.

Por outro lado, os teleatendentes percebem que as vivências de prazer são decorrentes das relações socioprofissionais de trabalho, pois trata-se de um ambiente que possibilita a existência de solidariedade entre os colegas, o reconhecimento dos clientes e a melhoria das habilidades pessoais.

Enfim, embora os resultados, quantitativo e qualitativo, indiquem que os teleatendentes estão expostos ao sofrimento e aos riscos de adoecimento eles continuam no trabalho por causa da eficácia das estratégias de mediação que foram caracterizadas no estudo como de racionalização e negação.

Todos esses estudos indicam que, apesar de as pesquisas terem sido realizadas em setores de trabalho e categorias de trabalhadores diferentes, as demandas da organização de trabalho são semelhantes. Embora não se tenham encontrado doenças mentais específicas, a intensidade e a rigidez da organização do trabalho favoreceram a vivência de sofrimento. O prazer-sofrimento é proveniente da qualidade da dinâmica intersubjetiva decorrente da relação com os componentes da organização de trabalho.

2.6.3 Estudos sobre as estratégias de mediação do sofrimento

Várias pesquisas têm sido realizadas com o objetivo de analisar as estratégias de mediação utilizadas pelos trabalhadores no confronto com as pressões da organização de trabalho.

No estudo exploratório denominado *Comportamento defensivo: uma estratégia para suportar o sofrimento no trabalho* realizado com engenheiros de uma empresa de

telecomunicação Mendes (1996) identifica, com base nos pressupostos da Psicodinâmica do Trabalho, as estratégias defensivas utilizadas por esses trabalhadores para minimizar o sofrimento psíquico em face das imposições da organização do trabalho.

Mediante a análise das entrevistas foi possível identificar as estratégias de racionalização, individualismo e passividade desses trabalhadores. Nesse estudo fica evidenciado, mais uma vez, o papel paradoxal das defesas: elas permitem aos trabalhadores a convivência com o sofrimento, mas o seu uso excessivo pode levá-los à alienação e à eufemização das verdadeiras causas que os fazem sofrer.

Nessa mesma direção, Barros e Mendes (2003) investigaram as estratégias de mediações contra o sofrimento no estudo *Sofrimento psíquico no trabalho e estratégias defensivas dos operários terceirizados da construção civil* terceirizados de uma construtora em Brasília (DF). Participaram desse estudo 20 trabalhadores distribuídos em grupos de cinco provenientes de quatro canteiros de obras diferentes. Para a coleta dos dados foram utilizadas entrevistas semi-estruturadas, com um roteiro construído a partir das seguintes categorias teóricas: organização do trabalho, condições de trabalho e relações sociais de trabalho. Os dados foram analisados de acordo com a técnica de análise de conteúdo (Bardin, 1977).

Os resultados evidenciaram que a terceirização, baseada nas premissas do modelo de produção Taylor-fordista, potencializa o sofrimento nos trabalhadores e que as vivências de desgaste físico e mental se articulam com as exigências cognitivas relativas à preocupação com erros, retrabalho e ritmo, gerando esgotamento mental. As condições de trabalho são precárias e não se coadunam com as regras rígidas determinadas pela organização do trabalho, o que implica em riscos de acidentes e aumento do sofrimento pela vivência de ansiedade, medo e insatisfação. Quanto às relações sociais de trabalho, existe o suporte social dado pelos colegas e pelas chefias e que favorece a neutralização do sofrimento proveniente da organização e da precariedade das condições de trabalho. O sofrimento também foi evidenciado pela falta de reconhecimento, manifestado pela insatisfação e descontentamento dos operários. Para enfrentar o sofrimento, os trabalhadores utilizam estratégias defensivas de negação e de controle da situação, esta geradora de sofrimento.

As análises presentes nos estudos de Mendes (1996) e Barros e Mendes (2003) colocam em evidência a afirmação de Dejours (1994, 1999, 2000, 2001) sobre a importância das estratégias de defesa utilizadas pelos trabalhadores, pois elas ajudam a manter a saúde em estado de normalidade, ou seja, o sofrimento não se torna patológico, apesar da organização do trabalho rígida e das condições precárias de trabalho.

A indicação de que as vivências de sofrimento também estão relacionadas ao serviço terceirizado, remete à atenção para as novas formas de flexibilização, ou de gestão do trabalho. Essa modalidade de gestão impede a construção de identificação com a empresa e com a tarefa que é executada e, por conseguinte, dificulta a construção do coletivo de trabalho, visto que, nessa modalidade, o trabalho é precarizado. A ausência desses requisitos inviabiliza o processo de reconhecimento e de construção da identidade, em decorrência do caráter de instabilidade e de efemeridade das relações sociais de trabalho. Portanto, trata-se de uma organização do trabalho que poderá ser favorável às vivências de sofrimento.

Ainda com essa temática, as pesquisadoras Mendes, Costa e Barros (2003) desenvolveram a pesquisa empírica, *Estratégias de enfrentamento do sofrimento psíquico no trabalho bancário*. A pesquisa foi realizada em três agências bancárias de Brasília (DF) e dela fizeram parte os funcionários que exerciam as funções de auxiliar administrativo, caixa e analista de processo. Os dados foram obtidos mediante entrevista coletiva que focou os aspectos referentes à organização do trabalho, às vivências de prazer-sofrimento e às estratégias de enfrentamento do sofrimento. Foram realizadas quatro entrevistas coletivas semi-estruturadas, com quatro grupos de trabalhadores: um grupo com cinco auxiliares, dois com cinco caixas em cada um deles e um grupo com cinco analistas. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo de Bardin (1977).

Com base nos resultados, há evidência de que os trabalhadores bancários têm a sobrecarga de trabalho como a principal fonte de sofrimento. Como consequência, eles fazem uso de estratégias defensivas de racionalização para enfrentar essa sobrecarga e buscam alternativas fora do ambiente de trabalho, como atividade física, terapia e outros. Ainda, não houve indicação da presença de estratégias de mobilização coletiva no enfrentamento das dificuldades de trabalho.

A utilização, especificamente, das estratégias defensivas de racionalização parece evidenciar que elas são próprias da organização do trabalho bancário. Em síntese, nos casos aqui apresentados, a organização do trabalho, ao adotar o modelo taylorista para o aumento da produtividade, prima pela divisão das tarefas, do modo operatório e dos homens. Essas divisões dificultam, ou até mesmo impedem a organização do coletivo de trabalho, condição para que os trabalhadores construam as estratégias de mobilização coletiva. Estas visam o enfrentamento do sofrimento coletivamente e ainda têm como objetivo a transformação das características da organização do trabalho que são geradoras de desequilíbrio. Com a ausência dessas estratégias, em situações adversas o sofrimento é enfrentado isoladamente. Quando

isso ocorre aumentam os riscos de descompensações psíquicas, porque os trabalhadores se sentem mais fragilizados e o sofrimento poderá se tornar patogênico diante da impossibilidade de sua ressignificação.

Recentemente, outro trabalho apoiado na Psicodinâmica do Trabalho, foi realizado por Ferreira (2007). Intitulado *Perdi um jeito de sorrir que eu tinha: estudo sobre trabalho, sofrimento e patologias sociais do trabalho*, a pesquisa teve como objetivo a análise da influência da organização do trabalho nas vivências de sofrimento, estratégias de mediação e patologias sociais – sobrecarga, violência e servidão voluntária. O estudo contemplou anistiados políticos que trabalhavam na Empresa de Correios e Telégrafos (ECT) e também bancários de instituições situadas no Distrito Federal. Participaram desse estudo oito pessoas, sendo quatro da ECT que exerciam atividades de triagem e distribuição de correspondências, digitação de dados, condução de veículos e gerência de agências e quatro bancários de uma empresa de economia mista sediada no DF que trabalhavam nas tarefas de atendimento ao público, venda de produtos bancários, análise de processos e operações.

A coleta de dados ocorreu por intermédio de entrevistas. Para a análise, os dados foram, primeiramente, agrupados a partir da recorrência dos temas e tratados por meio da análise dos núcleos de sentido (ANS). Em um segundo momento, os temas foram agrupados em categorias-síntese pelos critérios de semelhança, lógica e pertinência dos conteúdos.

Os resultados das análises evidenciaram as seguintes categorias: a) divisão de trabalho tanto entre os anistiados quanto entre os bancários ficou evidente a pressão para atingir metas de trabalho, a segregação dos funcionários e a exploração da jornada de trabalho; b) relações socioprofissionais em ambos os grupos, observou-se insatisfação com as chefias, discriminações, humilhações, violências psicológicas e sonegação de informações para realizar o trabalho; c) estratégias de defesas utilizadas nos dois grupos indicaram ser pouco efetivas para mediar o sofrimento e garantir um equilíbrio psíquico mínimo que evitasse o adoecimento e fosse capaz de transformar os agentes novíços da organização do trabalho para minimizar o sofrimento.

Em relação aos dois grupos entrevistados, a organização do trabalho produziu intenso sofrimento, mediado por defesas que se tornaram, progressivamente, precarizadas e se cronificaram nas defesas patológicas de violência, sobrecarga e servidão voluntária, que desencadearam mais sofrimento e adoecimento. A partir do referencial teórico, a Psicodinâmica do Trabalho, e da discussão dos resultados da pesquisa, Ferreira (2007) propôs os conceitos de “estratégias perversas da organização de trabalho” e “zelo perverso”.

Assim, a partir da importância da mediação da saúde pelas estratégias de defesas, o próximo bloco de estudo apresentará a relação entre saúde e trabalho.

2.6.4 Estudos sobre a inter-relação entre saúde e trabalho

As questões referentes à inter-relação entre saúde e trabalho têm merecido a atenção de vários pesquisadores. Veronesse (2000) com o estudo *A noite escura e bela: um estudo sobre o trabalho noturno*, sob os aportes teóricos da Psicodinâmica do Trabalho e de Ideologia (Thompson, 1998), investiga a realidade das pessoas submetidas a jornadas fixas de trabalho noturno. A autora buscou compreender o que caracteriza os processos de ordem psíquica, social e ideológica desses trabalhadores. O tema central foi: como se apresenta, sob o ponto de vista sociopsicológico, a relação entre o trabalho em turnos fixos noturnos e a realidade vivida, sentida e percebida pelos sujeitos que atuam em atividade laboral nesse horário.

O estudo foi realizado em duas etapas: a primeira, em uma indústria de produtos de higiene, da qual participaram trabalhadores dos sexos masculino e feminino de diferentes idades e de diferentes tempos de trabalho na empresa e de trabalho noturno. Na segunda, a pesquisa foi realizada com trabalhadores do setor de produção de uma fábrica de tintas, em que foram adotados os mesmos critérios para escolha dos participantes. Ao todo, foram formados quatro grupos e os dados foram obtidos por meio da técnica de grupos focais. A análise e categorização dos dados foram realizadas de acordo com a análise de conteúdo (Bardin, 1977).

Especificamente quanto ao tema trabalho noturno foi utilizado o campo de estudo que envolve trabalho e ideologia de Thompson (1998), que concebe o uso das formas simbólicas para criar ou manter relações de dominação com uma concepção crítica.

Os resultados apontaram para dois eixos temáticos: psiquismo e corpo. Esses eixos se desdobraram nas seguintes categorias: loucura, estresse, fadiga, risco, afastamento, discriminação, isolamento, depressão, falta de reconhecimento, pressão, coerção, medo, desemprego, vivência do tempo, qualificação, vida social, familiar e amorosa, melhor remuneração, identidade, tranquilidade, silêncio, acostumar-se e outros. Assim, na percepção desses trabalhadores, a noite é escura e enfarruscada, mas também é clara e bela, estrelada e enluzada.

Em geral, os resultados indicam que o prazer e o sofrimento são os pólos da psicodinâmica do trabalho noturno. No contexto de trabalho pesquisado, o mundo é o mercado, e não as pessoas; mesmo assim, o trabalho é importante para a construção da identidade, pois ele é o lugar de ressignificação do caos ético reinante.

Quanto às categorias temáticas, o estudo constatou que a adaptação ao trabalho noturno depende de fatores que envolvem a família e o grupo social de trabalho. A adaptação ocorre de forma mais ou menos criativa para enfrentar a violência do sofrimento, da fadiga, afastando-se ou aproximando-se da loucura. A busca por melhor remuneração é prejudicada pela dificuldade de qualificação e pela discriminação, embora trabalhar à noite ajude no orçamento familiar; nessa situação, se defendem da coerção e do medo de perder o emprego. Sem reconhecimento no trabalho e afastado da família o trabalhador tem que proteger o seu psiquismo e o seu corpo das agressões e dos riscos, unindo-se ao grupo de trabalho e aproveitando o menor peso da hierarquia.

Esse estudo de Veronesse (2000) referenda o pressuposto da Psicodinâmica do Trabalho de que a organização do trabalho tem impacto direto no psiquismo do trabalhador, na geração de saúde ou de adoecimento, enquanto as condições de trabalho têm por alvo o corpo.

A relação entre saúde e trabalho também foi analisada por Denardin Budó e colegas (2003), mediante pesquisa com trabalhadores rurais do Rio Grande do Sul, com o título: *Saúde e Trabalho: uma correlação de conceitos na perspectiva de uma população rural e de Christophe Dejours*.

A pesquisa foi realizada no município de Silveira Martins (RS) que é a Quarta Colônia de Imigração Italiana no Rio Grande do Sul. Participaram do estudo trabalhadores agrícolas e pequenos proprietários rurais descendentes de italianos, estes denominados por colonos. Os dados foram coletados mediante o processo de observação-participação e reflexão da convivência com esse grupo por ocasião de visitas às propriedades e às residências, aos locais de trabalho, à igreja mediante a participação de reuniões festivas, religiosas, funerais e de educação e saúde.

As observações e as entrevistas foram transcritas e a partir das análises surgiram três temas: o primeiro, cuidando e sendo cuidado, permeia o dia-a-dia das famílias e pessoas que vivem na comunidade. A idéia de cuidado integra o processo de viver dos moradores e é o modelo cultural que orienta a vida: no centro está a família como o alicerce, em que a mãe e o

pai são os protetores.

O segundo tema é trabalho, que representa valor fundamental na vida dos colonos. Ele é fonte de renovação da saúde, apesar de os trabalhadores considerarem as atividades na lavoura cansativas e sacrificantes. Esse tema revela também a divisão do trabalho familiar: ao homem, a direção do processo de trabalho na lavoura, a sua execução, a compra e venda de material e o contato com o banco; à mulher, as atividades de cuidado com os filhos, de manutenção da casa, de elaboração de produtos artesanais e a tarefa de cuidar dos animais domésticos.

Ainda quanto ao tema trabalho, este aparece relacionado à saúde, pois, na visão dessas pessoas, trabalhar significa ter saúde e a possibilidade de não ficar doente. Aqui, o trabalho aparece na sua ambigüidade: pode ser fator de equilíbrio psicossomático ao mesmo tempo em que poderá ser gerador de patologias. Por essa razão, o trabalho é tido como fonte de saúde e, para essas pessoas, há necessidade de se manter alguma atividade para o equilíbrio da dimensão corporal e psíquica. Para que esse equilíbrio ocorra, é necessário comer bem os alimentos que eles mesmos produziram. Isso é motivo de orgulho porque a mesa farta representa o fruto do trabalho e a possibilidade de manutenção da saúde.

O terceiro tema é saúde que está vinculada à capacidade de trabalho. Para esse grupo de colonos, o trabalho é a razão de ser da existência, pois se não trabalhar, não se serve para nada, conforme declaração de um deles. Então, se o estar com saúde significa estar em condições de trabalhar, a doença tem sentido de incapacidade para o trabalho. Para Budó e colegas (2003) o trabalho de agricultor é caracterizado pela utilização intensa do corpo, especialmente nas unidades pequenas de produção, onde a utilização de maquinários modernos é pequena. Nessa direção, a relação de consciência com o corpo, a sua escuta e percepção, no sentido da integridade do ser, estão intrinsecamente relacionadas com o tipo de trabalho que as pessoas desempenham. Esses fatores atuam sobre as sensações de sofrimento ou de prazer e sobre a percepção das sensações doentias.

De modo geral, os resultados da pesquisa comprovam o pensamento de Dejours quanto à vinculação entre saúde e trabalho. Em situação de trabalho, há imbricamento entre essas duas categorias, que se retroalimentam e tomam o trabalho central para a expressão da subjetividade, para o desenvolvimento da inteligência e para a construção da identidade e da saúde.

A exemplo de Lunardi e Mazzilli (1996), o trabalho das enfermeiras foi objeto do

estudo de Fernandes et al. (2002) *Saúde mental e trabalho feminino: imagens e representações de enfermeiras*. Trata-se de um estudo descritivo apoiado na Teoria das Representações Sociais e complementado pela Psicopatologia e Psicodinâmica do Trabalho. Para os autores, a categoria de trabalho em questão, enfermagem, é constituída majoritariamente por mulheres por ser uma tarefa de cuidado caracterizada como própria do feminino. O estudo buscou estabelecer relações entre a organização do trabalho da enfermagem e a saúde mental das enfermeiras e ainda identificar fatores que, na percepção dessas trabalhadoras, têm relação na determinação do sofrimento criativo e patogênico.

Participaram da pesquisa 23 enfermeiras que trabalhavam em dois hospitais, de grande porte da rede pública de uma cidade do Nordeste brasileiro, cujo nome não foi explicitado pelo autor. Os dados foram obtidos mediante entrevistas semi-estruturadas e nas análises buscou-se desvendar o discurso como uma estrutura de representação que conduz à emergência de subjetividade como instrumento de conhecimento.

Os resultados das análises constituíram três dimensões figurativas relacionadas ao objeto do estudo. A primeira diz respeito à saúde mental e trabalho na enfermagem e à expressão da realidade individual e coletiva de enfermeira. Esse trabalho envolve a esfera psicoafetiva, os esforços mentais, a demanda de maior atenção e a duração, exposição e intensidade do ritmo de trabalho. A segunda refere-se ao sofrimento patogênico e criativo no trabalho de enfermagem. Nesse aspecto, na luta contra o sofrimento, as enfermeiras constroem estratégias defensivas individuais favoráveis à organização e à saúde (sofrimento criativo). Quando não há possibilidade de acomodação dos desejos e das necessidades pessoais à organização do trabalho instala-se o conflito entre esta e o aparelho psíquico. Nesse caso, a energia pulsional, ao não encontrar saída no exercício do trabalho, se acumula no aparelho psíquico e ocasiona sentimentos de tensão e sofrimento.

A terceira dimensão, a enfermeira como produto e produtora de saúde no trabalho, evidencia que essa profissional não apenas reproduz o conhecimento sobre a relação trabalho/saúde mental, como também reconstrói esse conhecimento, modificando-o. O posicionamento dessa trabalhadora sobre a relação do seu trabalho com a sua saúde mental foge do determinismo social que a vê como produto da sociedade e do voluntarismo puro que a considera como livre agente.

Enfim, de acordo com Fernandes et al. (2002) as análises sobre a relação entre saúde mental e trabalho na enfermagem evidenciam a expressão simbólica de um fenômeno psíquico no qual o seu desenvolvimento está ligado a uma situação organizacional

profissional. As representações sobre a saúde mental e o trabalho na enfermagem formam-se no cotidiano e constituem-se em estruturas simbólicas que se originam tanto na capacidade criativa do psiquismo dessas enfermeiras quanto nas fronteiras que esse trabalho lhes impõe.

Esse estudo também coloca em questão um tema discutido nesta pesquisa: a divisão sexual/social do trabalho, conforme o pensamento de Hirata (2000), Segnini (1998), Pezé (2002) e Dejours (2000). Nessa atividade, se a enfermagem é majoritariamente exercida por mulheres - que especificamente desempenham a atividade de cuidado, (invisível, subjetivo e socialmente desvalorizado) – confirma-se a idéia de que é atribuído às mulheres um lugar diferente dos homens na organização do trabalho. Principalmente quando se trata de atividades que exigem competências ditas femininas, aquelas que foram adquiridas na vida doméstica e socialmente atribuídas como específicas das mulheres, como é o caso da tarefa de cuidado. Essa competência não é desenvolvida pela organização de trabalho via treinamento; ela é tida como naturalmente feminina e a organização de trabalho se apropria dela em benefício da produtividade.

Desse modo, as enfermeiras são encarregadas de executar as prescrições medicamentosas indicadas pelos médicos para a cura dos pacientes, tarefa de menor visibilidade sem contar que elas estão expostas por maior tempo ao contato com o sofrimento dos pacientes e têm de buscar adaptações e fazer rearranjos na organização e nas condições de trabalho para que o tratamento ocorra. Assim, em tese, estão mais vulneráveis ao sofrimento e à desestabilização psíquica.

Mediante estudo de caráter exploratório e descritivo e apoiado na Psicodinâmica do Trabalho, Rossi et al. (2007) realizou a pesquisa *O trabalho dos carteiros no manuseio e na entrega de correspondências*. A pesquisa foi realizada em três unidades operacionais da Empresa Brasileira de Correios e Telégrafos denominados Centros de Entregas de Encomendas (CEE) localizadas nas cidades de Brasília (DF), Goiânia (Go) e Rio de Janeiro (RJ), onde são executadas as tarefas de entrega e coleta de malotes. O estudo teve como objetivo identificar os possíveis fatores que poderiam colocar a saúde do carteiro em risco.

Participaram da pesquisa 85 carteiros, dos quais 84,5% eram homens e 15,5% mulheres, todos com escolaridade mínima de 2º grau completo e com tempo de empresa variando entre um e trinta anos. A investigação foi realizada mediante a aplicação das quatro escalas que compõem o Inventário de Trabalho e Risco de Adoecimento (ITRA): a Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT), a Escala de Custo Humano no Trabalho (ECHT), a Escala de Indicadores de Prazer-Sofrimento no Trabalho (EIPST) e a Escala de

Danos Relacionados ao Trabalho (EDRT).

Os dados coletados mediante o uso dessas das escalas receberam tratamento da estatística descritiva e inferencial, mediante a aplicação do programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences – Pacote Estatístico para Ciências Sociais) versão 11.0 para Windows.

O resultado geral dos escores médios e desvio padrão dos fatores do Inventário de Trabalho e Risco de Adoecimento (ITRA) evidencia que a saúde dos carteiros está em estado de risco em relação às doenças ocupacionais. O fator de maior risco são as condições de trabalho ($M = 3,80$) e o desvio padrão ($0,83$), avaliado acima do ponto médio. Por essa razão a saúde dos carteiros é considerada precária. Os fatores de menor risco são os danos psicossociais ($M = 1,2$) e o desvio padrão ($0,55$), avaliado abaixo do ponto médio da escala.

Especificamente, os resultados da Escala de Avaliação do Contexto de Trabalho (EACT), ou seja, a avaliação da organização do trabalho, indicaram que os riscos para a saúde estão relacionados às especificidades das tarefas de carteiro, como a organização do trabalho rígida, com cobrança por desempenho e pressão de tempo. A partir da análise do custo físico, cognitivo e emocional foi possível supor que o esforço cognitivo pode estar relacionado com o uso constante da atenção, da visão e da memória por períodos longos para realização das tarefas de triagem de objetos, preparação, recepção e envio de malotes. O custo físico está relacionado com o desenvolvimento da atividade no centro de triagem de correspondências, dado o esforço que exige, por exemplo, carregar uma bolsa com peso em torno de 20 kg e, ainda, realizar processamento de 70 malotes/dia, com pesos que variam entre 2 kg a 20 kg.

A análise de vivência de prazer-sofrimento evidencia que os carteiros percebem essas vivências em grau moderado. Quanto ao prazer no trabalho, entre os fatores levantados, foi dado destaque para a liberdade de organizar a tarefa de triagem, ou seja, para montar os roteiros de entrega de malotes e não ficarem presos a uma rotina interna. Em relação ao sofrimento, os resultados apontam para a insatisfação no trabalho em razão da falta de oportunidade para o crescimento profissional, pela rigidez da organização prescrita de trabalho, além do sofrimento pelo esforço físico e biomecânico e do dispêndio mental para a execução das tarefas. Em razão de o sofrimento não ter se caracterizado como patogênico, o estudo sugeriu a eficácia das estratégias de defesas que contribuem para evitar os efeitos desestabilizantes do trabalho.

Nas análises referentes aos danos físicos e psicossociais há indicação de percepção de

dores corporais pelas repetidas manipulações de malotes, pelo esforço físico para o carregamento de veículos e pelos longos percursos transportando peso. Essas imposições da tarefa de carteiro poderão se tornar ameaçadoras à saúde, tanto no que se refere ao equilíbrio psíquico quanto ao sistema músculo-esquelético, com o surgimento das Lesões por Esforço Repetitivo (LER). Sobre o estado de alerta em relação à saúde dos carteiros, o estudo sugere que a despeito da mediação bem-sucedida das estratégias defensivas, são necessárias transformações, ou seja, melhoras nas condições físico-ambientais para não provocar desestabilização nas estratégias defensivas e, conseqüentemente, levar ao adoecimento.

O resultado dessa pesquisa de Rossi et al. (2007) aponta, mais uma vez, para a tese defendida por Dejours (1992, 1994, 1999, 2001) de que a organização do trabalho tem impacto no psiquismo do trabalhador, enquanto as condições de trabalho têm o corpo como alvo.

Sousa et al. (2007), também a partir do referencial da Psicodinâmica do Trabalho, investigaram a relação entre saúde e trabalho bancário em uma instituição financeira pública, a partir da percepção dos funcionários sobre a organização do trabalho, as vivências de prazer-sofrimento e os danos físicos, psicológicos e sociais inerentes à profissão.

Para a coleta de dados foi utilizado como instrumento o Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento (ITRA) com 1.420 funcionários de agências bancárias de cidades representativas das cinco regiões brasileiras: Belém (PA), Brasília (DF), Campinas (SP), Cuiabá (MT), Joinville (SC), Natal (RN) e Uberlândia (MG), tendo sido também incluídos órgãos da administração regional e nacional de Brasília (DF). Mediante a aplicação do SPSS, versão 12.0, os dados foram analisados de acordo com a estatística descritiva (frequência, média e desvio padrão), correlações e análises de variância ($P < 0,01$).

Os resultados, de acordo com a percepção dos funcionários, sinalizam um estado de alerta no que diz respeito às relações socioprofissionais à organização do trabalho, esta indicada como fator de maior insatisfação, pois os funcionários percebem rigidez nas tarefas prescritas pela instituição. O fator relações socioprofissionais também apresentou um estado de alerta, no que diz respeito à comunicação e à interação profissional com colegas, chefias e usuários/consumidores dos serviços e produtos do banco. Já o fator condições de trabalho foi avaliado como satisfatório, no que se refere aos itens: apoio para realização do trabalho, disponibilidade de equipamento, material e pessoal para a execução das tarefas. A avaliação dos fatores da escala de prazer-sofrimento no trabalho indica vivências de situações de alerta, a despeito de haver prevalência de vivências de prazer. Os itens relacionados à vivência de

prazer foram: solidariedade com os colegas, liberdade para falar sobre o trabalho com os colegas e confiança nos colegas. Por outro lado, as vivências de sofrimento estão relacionadas ao desgaste, à falta de reconhecimento e à frustração.

A partir da análise detalhada dos dados, os autores afirmam que o esgotamento profissional é maior em bancários mais jovens e com menos tempo de serviço, fato que sugere que essas pessoas fazem menos uso das estratégias de mediação do sofrimento. Os resultados apontam para as questões de gênero, pois o estudo identificou as mulheres como mais suscetíveis aos sintomas psicológicos e sociais, expressos nas dores no corpo, sobretudo nas costas.

É importante assinalar que esse estudo de Sousa et al. (2007), apesar de constatar a prevalência de indicação de sintomas de adoecimentos mais nas mulheres do que nos homens, deixou de indicar qual é a porcentagem de mulheres que ocupam postos de trabalho situados na parte inferior da hierarquia. Para Dejours (2000, 1999) e Hirata (2000), as mulheres ocupam um lugar diferente dos homens na organização do trabalho e isso tem impacto na saúde dela. Para Segnini (1998), a inserção das mulheres no trabalho bancário não se deu em substituição aos homens que sempre ocuparam tarefas consideradas de responsabilidade, de maior conhecimento e importância. As mulheres se inseriram, majoritariamente, em postos de trabalho fragmentados, rotinizados e que demandavam menor qualificação, com jornada de trabalho parcial, salários menores e pouca perspectiva para ascender na hierarquia dos bancos.

Para a autora, o processo de feminização do trabalho bancário é ambíguo. Ao mesmo tempo em que significa resistência, pois constitui uma conquista de oportunidade e de emancipação, sob a ótica da relação capital/trabalho, toma o caráter de racionalização, que objetiva a redução de custos e a intensificação da produtividade. Mesmo quando possuem grau maior de escolaridade, às vezes, as mulheres ocupam cargos de menor qualificação, como de escriturário, digitador e caixa, sendo que este último sofreu um processo de feminização após a automação e informatização das tarefas ditas de retaguarda. Em uma análise simplificada, pode-se afirmar que no trabalho bancário, também houve a apropriação do trabalho de reprodução pela lógica da produção (Segnini, 1998; Antunes, 2003).

Entre todos esses estudos se inclui também o de Freitas (2007) que investigou o *Processo de saúde e adoecimento dos professores de ensino superior que atuam em ambiente virtual*, com base na relação entre o contexto de trabalho, o prazer-sofrimento e as estratégias de mediação. O estudo foi realizado em uma instituição de ensino superior privada do Distrito Federal e participaram das entrevistas individuais dez professores selecionados pelo critério

de espontaneidade e disponibilidade. As entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas à análise dos núcleos de sentidos (ANS) proposta por Mendes (2007).

De acordo com a autora, a análise foi feita em duas fases. A primeira, por meio de análise dedutiva, trabalhou com as categorias teóricas: organização, condições e relações sociais de trabalho. Na segunda, procedeu-se a análise indutiva, que possibilitou identificar os sentimentos desses profissionais e a forma como enfrentam o sofrimento.

Os resultados apontaram seis núcleos. Destes, três correspondem às categorias dedutivas referentes ao contexto de trabalho, cada uma delas aqui ilustrada com uma fala de entrevistados: a) organização do trabalho - *“Virtual é um trabalho que flui muito de acordo com as atividades que você tem para realizar no dia”*; b) relações profissionais - *“A parceria, a cumplicidade é muito grande com as pessoas que trabalham aqui”*; c) condições de trabalho - *“A plataforma na qual se trabalha não é muito amigável”*. As outras três categorias indutivas referem-se aos sentimentos relacionados ao trabalho: a) satisfação com o trabalho - *“Sinceramente, se eu pudesse só dar aula virtual, só dava aula virtual”*; b) enfrentamento das dificuldades no trabalho - *“No virtual é mais fácil, eu não respondo à mensagem, desligo o computador”*; c) estado de saúde - *“O estado de saúde, eu vejo que é muito abalado”*.

Em síntese, os resultados da pesquisa de Freitas (2007) apontam para a coabitação das vivências de prazer e sofrimento no trabalho. O prazer se manifesta na realização profissional e na liberdade de expressão, enquanto o sofrimento é resultado do estresse e do desgaste produzidos pelo trabalho em ambiente virtual. Para o enfrentamento do sofrimento, foi identificada a presença de estratégias operatórias e defensivas. No contexto de trabalho há a presença de indicadores de saúde e de adoecimento. Os indicadores de saúde surgem da flexibilidade da organização do trabalho, da autonomia para a organização do horário da jornada e das tarefas, da liberdade para expressar as características individuais, da cooperação e coleguismo entre os pares. Por outro lado, os indicadores de adoecimento surgem da rigidez no planejamento das aulas, pela intensa comunicação escrita, pela auto-exigência de se fazer presente com os alunos e pelo atendimento individualizado.

Enfim, outras pesquisas têm sido desenvolvidas por Mendes (2008) que em parceria com o Grupo de Estudos e Pesquisa em Saúde e Trabalho, investiga as inter-relações entre trabalho, saúde e adoecimento em diferentes categorias profissionais e contextos organizacionais. Nessas investigações, mediante a utilização das abordagens teóricas da Psicologia Social, da Psicopatologia e da Psicodinâmica do Trabalho, os pesquisadores têm adotado como temas de pesquisa: trabalho, vivências de prazer-sofrimento e saúde

ocupacional; estratégias de enfrentamento do sofrimento no trabalho; organização, condições e relações socioprofissionais de trabalho e riscos de adoecimento.

Entre as pesquisas desenvolvidas por esse grupo, inclui-se este projeto de estudo que tem como objeto a psicodinâmica do processo de reabilitação profissional e a reinserção ao trabalho.

Diante do exposto, fica evidente o grande desafio imposto aos pesquisadores que utilizam a abordagem da Psicodinâmica do Trabalho para dar conta de novos achados que tragam a compreensão dessa relação homem-trabalho e, com isso, perspectivas para a transformação do sofrimento no trabalho.

Com o objetivo de analisar a saúde do trabalhador, o próximo capítulo trata de uma das formas de adoecimento mais comuns do trabalhador bancário, o acometimento por LER/DORT e as possibilidades de reabilitação profissional e reinserção no trabalho.

3. O ADOECIMENTO POR LER/DORT, O PROCESSO DE REABILITAÇÃO E A REINSERÇÃO NO TRABALHO

O capítulo aborda os principais aspectos referentes ao processo de surgimento das LER/DORT, o seu diagnóstico e o caráter epidêmico que adquiriu ao longo dos últimos anos em alguns países, e inclusive no Brasil. Apresenta as discussões que marcaram as questões relativas à etiologia, aos fatores de risco, à denominação LER e DORT, à sintomatologia e às conseqüências psicossociais da doença. Discute também as questões que envolvem o processo de reabilitação profissional dos acometidos, assim como as limitações e possibilidades de reabilitação para reinserção no mercado de trabalho.

3.1. Aspectos históricos e o reconhecimento das LER/DORT no trabalho

Nos recentes estudos sobre o processo de adoecimento de trabalhadores, estudiosos atribuem a origem dos agravos à saúde e o adoecimento por LER/DORT à organização do trabalho. O adoecimento emerge em decorrência da impossibilidade de rearranjo entre o trabalhador portador de uma história singular e personalizada e uma organização do trabalho despersonalizante (Sato et al. 1993; Miranda, 1998; Martins e Assunção, 2002; Araújo, 1998; Merlo et. al.; 2003; Dejours, 1994, 2000).

De acordo com esses autores, a organização científica do trabalho, vinculada aos novos modelos de organização do trabalho (toyotismo, qualidade total e outros de inspiração pós-taylorista e fordista), exacerbou a padronização da execução das tarefas, homogeneizou o tempo de execução dos movimentos e determinou que todos os trabalhadores devem trabalhar da mesma forma. Assim, esse modo de trabalho não contempla as diferenças individuais para a adaptação da organização do trabalho às necessidades e aptidões de cada trabalhador, além de bloquear as iniciativas espontâneas, quebrando a responsabilidade e o saber coletivos. Sendo assim, instala-se um paradoxo: de um lado, a pessoa do trabalhador com características variadas, e de outro, a organização do trabalho, que concebe e planeja o desenvolvimento das atividades laborais a partir de tarefas- padrão, exigindo pessoas-padrão.

Dejours (1992; 1994; 2000; 2001) e Ferreira e Cruz (2004) afirmam que a intensificação do ritmo do trabalho pelo trabalhador tem dupla função. A primeira, para abreviar o tempo de execução das tarefas monótonas, repetitivas e desprovidas de sentido e a

segunda, para a obtenção de prazer, mediado pela dinâmica do reconhecimento que, por sua vez, leva ao aumento da produtividade. A combinação desses dois aspectos provoca maior exigência física e desrespeito dos limites do corpo, o que contribui para o surgimento das LER/DORT.

Assim, antes de ser uma doença física, as LER/DORT são psíquicas porque, nesse caso, o sofrimento psíquico do trabalhador antecede a doença em razão do bloqueio da possibilidade de adequação do conteúdo das tarefas às suas necessidades psíquicas e fantasmáticas, que se tornam incompatíveis com uma tarefa estereotipada e desprovida de sentido. Em seguida, pela dificuldade de adequação do modo operatório das tarefas às necessidades corporais. O sofrimento constitui um sinal de alerta que poderá ser mascarado ou ressignificado por meio de estratégias de mediação. Posteriormente, o sofrimento acompanha o adoecimento, que surge em consequência das pressões impostas ao trabalhador, do sentimento de culpa por ter adoecido, da pressão por produtividade, do enfrentamento de mecanismos ameaçadores, da humilhação e das perdas do trabalho e da identidade.

Para Merlo et al. (2003), o emprego de novas tecnologias no setor bancário não teve a intenção de aliviar a carga de trabalho e permitir maior autonomia do trabalhador. Pelo contrário, impôs maior exigência de ritmos e cadências para o aumento da produtividade e, conseqüentemente, tem-se constatado a expansão das LER/DORT entre os bancários.

De acordo com Miranda (1998) e Monteiro (1995), os casos diagnosticados como sinovites, tenossinovite, epicondilites, tendinites, dedo em gatilho, ombro doloroso, síndrome da tensão do pescoço e síndrome do túnel do carpo dentre outros, são denominados genericamente de Lesões por Esforço Repetitivo (LER). Todos são desencadeados em condições especiais de trabalho e as lesões atingem os membros superiores, a região escapular e o pescoço, resultantes do desgaste muscular, tendinoso, articular e neurológico provocado pela inadequação do trabalho ao ser humano. E decorrem de uma forma combinada de uso repetido e forçado de grupos musculares e pela manutenção de postura inadequada.

Ao mesmo tempo em que considera as LER/DORT como consequência dos novos modos do trabalho, a literatura científica evidencia um conhecimento antigo sobre as lesões atribuídas ao trabalho. Entre as publicações mais importantes está a de Ramazzini (1988), que descreve sobre a doença dos escribas: “*A necessária posição da mão para fazer correr a pena sobre o papel ocasiona não leve dano que se comunica a todo braço, devido à constante tensão tônica dos músculos e tendões, e com o andar do tempo diminui o vigor da mão*” (1988, p.158).

Em uma perspectiva histórica sobre a evolução das LER/DORT, Rio (1998), Ribeiro (1999), Martins e Assunção (2002) e Alves (2004) afirmam que em 1830 surgiram novas denominações para descrever os sintomas relativos às câibras que acometiam escritvães e dos telegrafistas, interpretados por Gowers como neurose ocupacional, em 1888. A partir de 1958, no Japão, essas sintomatologias são denominadas de tenossinovite, nomenclatura que em 1965, é mudada para síndrome cervicobraquial. Na Austrália, nos anos 1970, é adotado o conceito de “câibra do telegrafista” para essa mesma sintomatologia e na primeira metade dos anos 1980, nesse mesmo país, as afecções neuro-músculo-tendíneo (Repetitive Strain Injury –RSI) adquiriram caráter epidêmico, atingindo o pico máximo em 1985. Também na década de 1980, nos Estados Unidos, a sintomatologia ganha a denominação de Lesões por Traumas Cumulativos (LTC); no Canadá, de Lesões Atribuídas ao Trabalho Repetitivo e na França por patologia de Hiperatividade ou TMS (Transtorno Músculo-Esquelético) ou “dano do gesto” (Pezé, 2002). A partir de então, em outros países também foi registrado aumento da incidência do problema, principalmente nos mais industrializados.

No Brasil, a Previdência Social reconheceu a tenossinovite como doença do trabalho em 1986, mediante publicação da Portaria nº 4062, em 06 de agosto de 1987, pelo Ministério da Previdência e Assistência Social. Em 1992, a Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo, por meio da Resolução 197/92, introduziu o termo Lesões por Esforço Repetitivo (LER), salientou sua causa única – o esforço repetitivo – e estabeleceu a necessidade de haver evidência física de lesão para a caracterização da doença. Seguindo uma tendência mundial, em julho de 1997 é publicado no Diário Oficial da União a Norma Técnica do INSS para Avaliação da Incapacidade Laborativa em Doenças Ocupacionais, que substitui o termo LER por DORT – Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (Mendes e Cruz 2004; Cruz, 2001; Alves, 2004; Martins e Assunção 2002; Miranda, 1998; RIO, 1998; Monteiro, 1995).

De acordo com Martins e Assunção (2002), Martins (2002), Alves (2004) e Rio (1998), a partir dos anos 1990 registrou-se o aparecimento progressivo de LER no Brasil e que veio a tornar-se quase uma epidemia, principalmente nas regiões com maior concentração de indústrias, como São Paulo e Belo Horizonte. Atingiu os trabalhadores no auge de suas capacidades produtivas, na faixa etária de 25 a 45 anos de idade, e entre os diferentes segmentos produtivos acometidos pela doença estavam os bancários. A cronicidade e a irreversibilidade de grande parte dos casos de DORT têm-se constituído uma questão social relevante. Segundo a Organização Mundial da Saúde, um em cada cem trabalhadores da

região Sudeste brasileira é portador de LER, fato que caracterizou a gravidade do problema nos aspectos sociais e de saúde pública.

3.2 A mudança de denominação: de LER para DORT

A partir de 1980, as LER deixam de ser só uma “doença de digitadores”, como eram associadas, e passam a ser diagnosticadas em trabalhadores que exerciam atividades em outros setores produtivos como indústrias, inclusive as microeletrônicas e bancos, acometendo também profissionais da saúde, do setor de serviços e outros. A seguir, serão apresentados contribuições, explicações e posicionamentos de alguns autores referentes às denominações LER e DORT.

A mudança da denominação de LER (Lesões por Esforço Repetitivo) para DORT (Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) envolveu discussões polêmicas. Segundo Lima e Ésther (1998), a denominação LER traz a idéia de repetição e, portanto, não deveria ser retirada do conceito, porque a lesão quase sempre ocorre em um contexto de trabalho repetitivo, apesar de alguns estudiosos dessa doença acharem que essa denominação é imprópria, por designar o “todo pela parte”, ou seja, consideram que a repetitividade seja apenas uma parte vinculada aos fatores biomecânicos presentes na origem da doença.

Também para Dejours (1992, 2000), a repetitividade das tarefas e a pressão de tempo têm uma importância fundamental no processo de adoecimento, pois representam a realidade concreta do trabalho, acrescida pelo empobrecimento do conteúdo da tarefa, fato que provoca esvaziamento do sentido do trabalho. Esse quadro poderá gerar ansiedade, angústia e irritabilidade.

Em outra perspectiva, Alves (2004) afirma que a denominação LER ou DORT representa uma questão que está muito além de um nome para designar uma determinada patologia, porque nessa discussão estão incluídos interesses sociais, desafios e questões sobre o processo de construção da área de saúde do trabalhador. Nesse caso, as divergências quanto às concepções da doença são engendradas a partir de diferentes posicionamentos, por exemplo, os discursos médicos no embate com interesses desse campo. A mudança da nomenclatura de LER para DORT, além dos critérios de diagnósticos, também envolve aspectos mais abrangentes vinculados aos interesses de *“flexibilização das relações de trabalho situadas no contexto de produção de uma subjetividade de um corpo para o trabalho*

cuja metáfora seria a do ‘corpo-máquina’” (Alves, 2004, p. 133).

De acordo com Cruz (2001), a mudança de nomenclatura resultou de estudo do grupo de patologias e suas repercussões, tanto em nível psicológico dos seus portadores quanto sociais e organizacionais. As terminologias fazem referência às patologias e aos fatores que as desencadeiam, ou às suas causas.

Para o autor, as Lesões por Esforço Repetitivo informam que a patologia é gerada por dois fatores: o esforço e a repetitividade. Essa denominação remete à origem da patologia no mundo do trabalho, em que a relação causal e o efeito estão em relação direta. Então, a lesão de músculos, tendões, nervos e vasos, dos dedos das mãos, dos punhos, dos antebraços, dos braços, dos ombros, do pescoço e da coluna vertebral é provocada pela tarefa que exige esforço repetitivo. Por outro lado, estudos do grupo de patologias que compõem a lesão evidenciaram que o esforço repetitivo não é o único fator causal e nem o tipo de patologia decorre necessariamente de uma lesão comprovada.

De acordo com a visão de Cruz (2001), além do esforço e da repetitividade existem outras questões provenientes da organização do trabalho, como o ritmo acelerado, o prolongamento da jornada e a intensificação do tempo de trabalho. A essas questões acrescentam-se os conflitos nas relações profissionais, as condições de trabalho inadequadas e fatores que transcendem o ambiente de trabalho, como características pessoais que incluem aspectos: comportamentais, psicológicos, biológicos, sociais e culturais.

Com o acréscimo desses fatores, ampliou-se o quadro etiológico da patologia, que se tornou multifatorial. Essa característica corrobora para a manutenção da dificuldade para se estabelecer o diagnóstico da doença no seu início e o seunexo causal com o trabalho, por causa da falta de clareza que a síndrome sugere.

Como foi sugerido por Alves (2004), a discussão em torno da divergência em relação à etiologia da referida patologia talvez esteja ancorada em diferentes interesses, não só de ordem da saúde do trabalhador, mas também de ordem política e econômica, que envolve a relação trabalho-trabalhador.

Desse modo, a mudança de denominação teve implicações na classificação do grupo de patologias associadas ao trabalho pela impossibilidade de identificação de um único e específico agente causal. De acordo com essas concepções, múltiplos fatores poderão contribuir para a manifestação da doença. Para alguns autores, a patologia tem relação imediata com as determinações da organização do trabalho; para outros, além do conflito da

relação subjetiva entre trabalhador-trabalho existem as questões relativas a um perfil mais propenso para o acometimento da doença. Há também quem considere que as condições de trabalho poderão agravar, acelerar ou exacerbar a doença, ou seja, os fatores de risco ocupacionais têm influência significativa e considerável na ocorrência de LER/DORT, mas efetivamente não são os únicos contribuintes. De qualquer modo, o consenso é que a nova nomenclatura DORT engloba a antiga LER como doença do trabalho ou relacionada ao trabalho (Cruz, 2001)

No Brasil, as diferentes denominações referem-se ao processo histórico de reconhecimento da doença e sua relação com o trabalho, da mesma forma como ocorreu em outros países. O termo Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho tem sido adotado mundialmente e marca a adesão a uma abordagem ergonômica e epidemiológica dos fatores de risco. Entre as principais nomenclaturas usadas no Brasil estão: Distúrbios do Membro Superior Relacionados ao Trabalho, Distúrbios-Músculo Esquelético Ocupacionais, Distúrbios ou Desordens por Trauma Cumulativos, Lesões de Sobrecarga Ocupacional, Síndrome de Dor Crônica do Membro Superior, Síndrome do Esforço Repetitivo, Lesões por Esforço Repetitivo, Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho e outros (Alves, 2004)

Considerando que a partir de 1998 a nomenclatura mais utilizada passou a ser LER/DORT, ou apenas DORT, no presente trabalho será adotada a denominação de LER/DORT com o intuito de contemplar as diferentes concepções conceituais presentes na denominação da patologia. Entre as diferentes concepções, firma sua adesão à idéia defendida pela Psicodinâmica do Trabalho de que a origem das LER/DORT está na organização do trabalho.

3.3 A Origem das LER/DORT

Em decorrência de ser uma patologia multideterminada, como afirma Araújo (1998) e Cruz (2001), algumas considerações serão feitas, a partir da visão de alguns autores, sobre a etiologia dessa doença sem, contudo, ter a pretensão de esgotá-la.

Rio (1998) afirma que a Organização Mundial de Saúde (OMS) classificou as doenças que têm relação com o trabalho em duas categorias. A primeira diz respeito àquelas que têm o agente causal bem definido: são as doenças profissionais propriamente caracterizadas, por exemplo, a silicose provocada pela inalação crônica de partículas de sílica. A segunda

corresponde às doenças causadas por fatores ligados ao trabalho, não existindo, portanto, um fator específico e bem determinado, e sim múltiplos fatores associados, que podem participar do processo mórbido. Nesses casos, há necessidade de um diagnóstico médico claramente correlacionado com uma sobrecarga biomecânica específica no trabalho. (...) “*embora o estresse causador dos sintomas possa incluir tanto fatores psicológicos quanto físicos, as alterações patológicas devem ser claramente físicas*” (Ranney,1997, apud Rio, 1998) como é o caso dos DORT.

Mediante essa classificação, as doenças podem ser causadas, em parte, por condições de trabalho desfavoráveis, que podem agravá-las, acelerá-las ou exacerbá-las. Para serem caracterizadas como doenças do trabalho, é necessário um diagnóstico preciso, como um quadro clínico bem definido e cujo modelo etiológico possibilite a avaliação dos diversos fatores patogênicos. Conseqüentemente, esse diagnóstico passa pela visibilidade, pela objetividade dos primeiros sinais dos sintomas para que seja caracterizado como doença do trabalho.

As questões relativas ao diagnóstico de LER/DORT são discutidas por vários autores (Mendes e Assunção, 2002; Martins, 2002; Alves, 2004; Araújo, 1998; Rio,1998) e constituem um ponto polêmico. O diagnóstico é essencialmente clínico, se baseia na anamnese ocupacional e nas análises das condições de trabalho, sendo considerado positivo apenas quando a doença encontra-se já em estágio avançado. Nas fases iniciais do processo de adoecimento, a invisibilidade da origem da dor gera dúvida e suspeita quanto ao nexo da doença com o trabalho. Nessa perspectiva, os aspectos psicológicos e biomecânicos são superestimados e os fatores psicossociais são descartados, principalmente aqueles relacionados às exigências da organização e das condições do trabalho, por envolverem a intersubjetividade do trabalhador no processo. Também, as causas poderão ser atribuídas às “más intenções” dos trabalhadores, fato que contribui ainda mais para acentuar a estigmatização e os preconceitos em torno do doente e da doença.

Martins (2002), em estudo com mulheres portadoras de DORT discute a relação entre a histeria e os DORT, supondo serem ambas expressões do sofrimento psíquico pertinente ao contexto de uma época histórica, a passagem do século XX para o XXI. Para a autora, a patologia relacionada ao trabalho – DORT – é caracterizada por sintomas físicos dolorosos, de difícil diagnóstico, acompanhado de sofrimento e depressão, resultantes de uma história singular da relação do trabalhador com a situação social do trabalho, especificamente com a organização do trabalho.

Nessa perspectiva, a autora fala dos equívocos de se querer estabelecer relação entre os DORT e a neurose de conversão. Para ela, os aspectos psicológicos contribuem com uma boa parcela de risco na constituição etiológica de DORT, juntamente com os aspectos ergonômicos, organizacionais, sociais, psicossociais e biológicos. A classificação como uma neurose de conversão (ou histeria) relacionada ao trabalho não leva em consideração a presença das lesões, as quais, nas fases iniciais do processo de adoecimento, estão ausentes por causa da invisibilidade da dor, fato que suscita dúvidas. Por isso, leva a supor a indicação de ocorrência de sintomas de conversão. Assim, à tentativa de definir um perfil psicológico mais propenso à patologia, em razão da invisibilidade da manifestação dos sintomas no corpo, que provoca dificuldades de diagnóstico de DORT são somadas as dificuldades de manejo da patologia pelos médicos. Por essa razão, algumas iniciativas tomadas para o tratamento conduzem à aproximação entre DORT e histeria (Martins, 2002).

Como afirma Araújo (1998), ao tecer considerações sobre os aspectos psicológicos no desenvolvimento da patologia, a tentativa de estabelecer uma relação entre o perfil psicológico e as LER está ancorada no preconceito que envolve a doença e os adoecidos. Estes são considerados como pessoas de personalidade difícil, meticulosas, fracas, obsessivas, histéricas e outros.

Em decorrência desses fatos, Sato et al. (1993), Martins e Assunção (2002), Martins (2002) e Alves (2004) afirmam que diante da complexidade do fenômeno, o ideal seria um modelo causal que contemplasse a unicidade mente-corpo e as implicações da relação trabalhador-trabalho. A visão biomédica que salienta a necessidade de evidência física de lesão para a caracterização da doença torna difícil o seu reconhecimento na fase inicial, quando é manifestada apenas pela dor, não visível ao outro, pois ainda não surgiram as atrofia dos membros.

Dejours (1994, 1998, 2000, 2004), Derriennic, Pezé, Davezies, (1997) e Pezé (2002) consideram que a etiologia das LER/DORT se encontra na intensificação trágica dos mecanismos de repressão pulsional presentes nas formas clássicas (taylorismo e fordismo) de organização do trabalho, que leva à aceleração da cadência do ritmo de trabalho, obtida pela mobilização intencional da subjetividade dos trabalhadores.

Para os autores, no trabalho as questões referentes ao sofrimento psíquico colocam a organização do trabalho em questionamento, principalmente naquilo que concerne à divisão das tarefas e das relações sociais de trabalho e à fragmentação do modo operatório. O conflito que emerge da relação entre o aparelho psíquico e a organização do trabalho surge quando

esta última, mediante modos e técnicas específicas de gerenciamento, impede o emprego das aptidões psíquicas ou motoras na realização das tarefas. Dito de outra forma, a instalação do sofrimento se dá quando a subjetividade do trabalhador é impedida de ser expressada; quando o subemprego das aptidões psíquicas (a inteligência, a criatividade, o pensamento) e psicomotora (engajamento livre do corpo ao modo operatório) leva à retenção da energia pulsional e constitui-se em carga psíquica de trabalho. Para Dejours (1992), quanto mais rígida for a organização do trabalho, menos ela facilita adequações favoráveis ao equilíbrio psíquico dos trabalhadores.

Desse conflito surgem, primeiramente, o sofrimento e a alienação que, com o tempo, colocam em risco o equilíbrio psicossomático do trabalhador. Esse pensamento de Dejours afirma o primado da intersubjetividade sobre a intra-subjetividade na origem das LER/DORT, o que poderá favorecer ou não o surgimento da patologia. Desse modo, considera o trabalhador como portador de uma história pessoal que se concretiza nas aspirações e desejos por ocasião de sua integração no mundo do trabalho. Em síntese, recusa tanto as explicações de ordem unicamente psicogênica das LER/DORT, que tomam a pessoa isoladamente das situações de trabalho quanto a abordagem mecanicista que concebe a patologia como originária apenas dos desajustes ergonômicos (Araújo, 1998), ou seja, a visão de que o trabalhador é uma simples variável de ajuste no trabalho (Ferreira, 2003).

Assim, diante dessa complexidade, o diagnóstico, quando apoiado em dados essencialmente médicos, que buscam a evidência física de uma lesão, esbarra no principal sinal e queixa do trabalhador: a invisibilidade da dor. A dificuldade de obtenção de diagnóstico no início da doença envolve o desconhecimento da relação intersubjetiva trabalhador/trabalho e a disponibilidade do profissional/médico perito para considerar as informações que o trabalhador/doente fornece sobre a sua dor, já que nesse processo é necessária uma escuta atenta e despida de preconceitos. Problemas complexos exigem compreensão que vá além da redução e da quantificação, pois *“a dor associada à DORT além de sua manifestação fisiológica apresenta um quadro particularmente subjetivo que vai tomando forma definida conforme, gradativamente, a pessoa concebe, percebe e admite em si mesma a sua dor”* (Martins, 2002, p.59).

3.4 As LER/DORT e a dor

O primeiro sinal de LER/DORT é a dor causada pela alteração orgânica ou funcional do aparelho músculo-esquelético, configurando como resultado das reações teciduais às pressões sofridas pelos tecidos moles. Em decorrência das pressões, os respectivos tecidos reagem modificando a sua bioquímica e, conseqüentemente, geram processos inflamatórios ou degenerativos, dependendo do tempo de exposição aos fatores provocadores de respostas teciduais (Mendes e Cruz 2004; Martins e Assunção 2002; Alves, 2004; Miranda, 1998; Rio, 1998).

Na concepção de Araújo (1998), a dor é um desafio, um fenômeno complexo ainda não suficientemente decifrado, seja ela decorrente de uma afecção puramente física da qual emerge um sofrimento psíquico, ou, ao contrário, um sofrimento psíquico do qual surge a dor física. A partir desse pensamento, o autor estabelece uma distinção entre o sofrimento e a dor. Esta última seria passível de ser evitada, enquanto que o primeiro faz parte da condição humana. De qualquer modo, a compreensão sobre os processos que compõem a dor é fundamental para tornar mais claras as considerações sobre esses distúrbios.

Do ponto de vista fisiopatológico, Martins e Assunção (2002) e Rio (1998) falam de três tipos de dor: a nociceptiva, que tem origem orgânica decorrente da estimulação e agressão dos tecidos neuro-musculo-esqueléticos do pescoço e membros superiores; a neurogênica, que é produzida pela excitação direta das fibras nervosas e em que, no caso de LER/DORT, os estímulos repetitivos acabam por alterar a condutibilidade da membrana que reveste os neurônios. Nesse tipo de dor há a possibilidade de a repetitividade do estímulo alterar os processos de modulação da dor na medula óssea e levar à percepção continuada da dor, mesmo na ausência de estimulação, provocando a sua cronicidade. Por último, a psicogênica, causada predominantemente por processos do sistema nervoso central e que tem a participação decisiva das áreas relacionadas à informação e às emoções. O estresse psicossocial e fatores psíquicos internos são decisivos nesse tipo de dor.

Na visão de Martins e Assunção (2002) e Merlo et al. (2003), a percepção da dor representa mais do que um processo neurofisiológico ou fisiopatológico. Sua percepção e expressão estão relacionadas a fatores sociais, psicológicos e culturais, vinculados às vivências subjetivas e à identidade. A dor é também decorrente da possibilidade de perder a saúde, da decepção de ser excluído do ambiente de trabalho, de não ser reconhecido pelos esforços realizados no trabalho, da humilhação no espaço médico de perícia pela necessidade de provar o motivo da aflição: “*Dói porque tem que provar que dói*” (Merlo et. al., 2003, p. 135). Ou seja, nesse caso, do sofrimento psíquico surge a dor física. Por causa desses fatores

não é conveniente estabelecer relação direta entre a dor, a sua intensidade e a gravidade da lesão.

Essa consideração sumária e didática sobre a dor não tem a intenção de fragmentar ou de amenizar sua gravidade, mas acredita-se que no imbricamento desses três tipos de constituição da dor exista algo que tem origem orgânica ou psíquica e que passa também a ter atuação do sistema nervoso e a participação decisiva do sistema emocional.

3.5 Os fatores de risco para o surgimento das LER/DORT

Por serem reconhecidas como uma afecção de natureza multicausal, alguns autores indicam a presença e combinações de fatores que vão compor um quadro de risco das LER/DORT. Contudo, de acordo com a literatura científica que trata de a sua etiologia, ainda não há um consenso quanto aos reais fatores de risco. Estes, dependendo do enfoque dado às pesquisas, como ficou anteriormente evidenciado no presente trabalho, ou tomam uma perspectiva mais voltada para a área biomédica ou para psicológica.

Quais fatores podem estar, portanto, em maior ou menor grau, relacionados com a origem da doença? Biológicos? Psicológicos? Psicossociais? Ergonômicos? Nessa discussão verifica-se que estão envolvidas diferentes concepções epistemológicas e metodológicas nos estudos sobre as LER/DORT.

Nesse sentido, Merlo et al. (2001) afirmam que as evidências epidemiológicas indicam uma associação de fatores causais interagindo sinergicamente nos processos agudos e na cronificação dessas patologias agrupadas como LER/DORT. Porém, ainda não existe um conhecimento acumulado que possa determinar a parcela de cada fator no diagnóstico da doença. Embora já exista uma explicação consensual dos órgãos previdenciários na etiologia dos sintomas, ainda é relevante a recorrência a explicações de ordem eminentemente psicológica, em que a justificativa recai menos no ambiente e na estrutura de trabalho e mais nas características individuais associadas à personalidade ou à maior ou menor suscetibilidade à tensão. Enfim, a discussão que envolve essa questão é longa.

Ainda segundo Merlo et al. (2001), vários fatores concorrem para a ocorrência de LER/DORT, dentre eles a repetitividade de movimentos, a manutenção de posturas inadequadas, o esforço físico, a invariabilidade de tarefas, a pressão mecânica sobre determinados segmentos do corpo, o trabalho muscular estático. Do lado da organização do

trabalho tem-se a intensificação do ritmo, da jornada e da pressão por produção e a perda acentuada do controle sobre o processo de trabalho por parte dos trabalhadores.

Rio (1998) aponta, em uma perspectiva biomédica da doença os seguintes fatores de risco para o surgimento da doença: os biológicos, que implicam alterações orgânicas decorrentes dos esforços repetitivos que produzem microtraumas pelo uso excessivo ou inadequado de segmentos corporais; os ergonômicos e biomecânicos, caracterizados pela repetitividade de ciclos de trabalho, pelo uso inadequado de máquinas e equipamentos e pela carga excessiva de trabalho. Já os fatores psicossociais, segundo o autor, estão relacionados aos novos modos de trabalho (informatização dos modos de produção), à insatisfação no trabalho, considerado monótono, repetitivo, e à falta de autonomia e de suporte dos superiores hierárquicos e colegas para a realização das tarefas. Contudo, Rio afirma ter restrições a este último fator, por negar que a intersubjetividade tenha impacto na origem da doença e por não apresentar critérios claros e mensuráveis de risco ou não.

Ribeiro (1999), em referência às inter-relações do trabalho com a saúde, aponta o trabalho repetitivo, a sobrecarga músculo-esquelética estática e a nova organização do trabalho aliada à automação como ligações estreitas na causalidade de LER/DORT entre os bancários. Além dos movimentos repetitivos, aparentemente leves, contam os esforços músculo-esqueléticos estáticos, aparentemente pequenos, porém permanentes que mantêm os membros superiores dos trabalhadores contraídos no curso do trabalho, em pé ou sentado, fato esse que explica a multiplicidade das partes e dos segmentos atingidos e a bilateralidade das lesões.

Em uma outra perspectiva, no texto *Novas formas de organização do trabalho e lesões por esforço repetitivo (LER): abordagem psicodinâmica do trabalho*, Dejours (2000) discute as questões de saúde mental e situações de trabalho no setor terciário ou de serviços. Deste até então considerado um setor inofensivo à saúde do trabalhador, emergiu uma patologia de sintomatologia essencialmente somática que, mesmo se considerada banal, mantém caráter surpreendente.

Ao afirmar que as LER/DORT têm sintomatologia somática, Dejours (2000) estabelece uma relação entre o sofrimento psíquico e a fragilização somática. Esse processo ocorre a partir da combinação dos efeitos específicos da repetitividade, da pressão de tempo e por produtividade. Nesse sentido, a pressão por repetitividade não atinge primeiramente o corpo, as articulações ou os tendões; o seu primeiro alvo se situa em nível do funcionamento mental.

Dejours explica que a tarefa repetitiva e submetida à cadência provoca sentimentos de tédio, raiva, cansaço e de fadiga nos trabalhadores ao serem confrontados com a pressão de tempo. Esses sentimentos entram em contradição com os pensamentos imaginativo, criativo e reflexivo, que se tornam inúteis, ou até mesmo um obstáculo, para a execução das tarefas. Isso ocorre porque, de um lado, o pensamento reflexivo conduz o sujeito à tomada dolorosa de consciência de sua situação psíquica, intelectual e moral; de outro lado, porque, na medida em que é imaginativo e eventualmente criativo, pode desviar a atenção do trabalhador de sua tarefa e tornar uma via de evasão do sentimento de tédio provocado pela tarefa repetitiva. Por fim, a distração coloca em risco a manutenção da produtividade e da cadência, abrindo espaço para multiplicação de erros e falsas manobras que podem levar à acidentes.

Por esses motivos, afirma o autor que *“para bem trabalhar e para obter boas performances produtivas é melhor para o trabalhador parar o seu pensamento”* (Dejours, 2000, p.254). Porém, essa não é uma solução simples ou fácil. Ao bloquear o pensamento, o trabalhador se submete às pressões do trabalho repetitivo por um meio que se revela eficaz na maioria das vezes: a prática da auto-aceleração, com a qual se esforça para reduzir progressivamente a duração do ciclo de realização da tarefa. A partir de um certo nível de auto-aceleração, a consciência se engaja em um circuito curto entre percepção e atividade psicomotora, deixando o trabalhador progressivamente a atividade de pensar.

Para Dejours (2000) o resultado desse processo é a *“paralisia do pensamento”*, em que o trabalhador poderá funcionar de um modo quase “automático” por reprimir a expressão de sua subjetividade. Ao mesmo tempo fonte de temor e de angústia, esse estado constitui uma relativa proteção do trabalhador contra a consciência dolorosa e absurda na qual está submetido, ficando estritamente limitado à atividade de execução.

Esse estado psíquico descrito por Dejours (2000) foi inspirado na obra de P. Marty (1968) e M. de M´Uzan (1963), especialistas em psicossomática, que denomina a atenuação das reações emocionais e afetivas de “pensamento operatório” e “depressão essencial”, como duas formas de funcionamento psíquico que predisõem à aparição de doenças do corpo. No processo de somatização, Dejours (1998) não acredita na possibilidade de a doença somática ser o efeito de um solipsismo psíquico ou de um acontecimento psíquico funcionando como causa, por exemplo, as LER/DORT de origem psicogênica, como foi exemplificado por alguns autores neste trabalho. No caso de doenças somáticas, o autor defende a idéia do primado da intersubjetividade sobre a intra-subjetividade ao explicar que *“nada é mais perigoso do que o encontro com o outro”* e, prossegue, *“a crise somática acontece no âmbito*

de uma relação com o outro, quando essa relação me coloca num impasse psíquico que, evidentemente, é devido a mim, mas que também é um pouco devido ao outro” (Dejours, 1998, p. 41).

Ao entender que esse ‘outro’ também pode ser representado pela organização do trabalho, as afirmações acima remetem à idéia defendida por esse mesmo autor quando coloca que a organização do trabalho tem impacto direto no funcionamento psíquico do trabalhador. Quando o encontro entre o desejo e as necessidades do trabalhador com os desse ‘outro’, que na maioria das vezes tornam –se discordantes, sua saúde estará em risco.

Assim, Dejours (1994) explica que essa relação de conflito entre o trabalhador e a organização ocorre quando esta última não permite rearranjos, quando a relação do trabalhador com a organização do trabalho é bloqueada, dando margem ao surgimento do sofrimento. Nesse processo, a energia pulsional que não acha via de descarga no exercício do trabalho se acumula no aparelho psíquico e ocasiona sentimentos de desprazer, de tensão e de fadiga, constituindo-se em sobrecarga psíquica. Quando a capacidade de contenção é transbordada, a energia recua para o corpo e nele desencadeia perturbações. Nesse sentido, a saída para transformar um trabalho fatigante em fonte de equilíbrio seria tornar a organização do trabalho mais flexível e garantir margens de liberdade para rearranjos do modo operatório para tornar os gestos de trabalho capazes de fornecer prazer.

Após pesquisar a epidemia de LER/DORT, Dejours (2000) aponta três fatores que podem ser tomados em relação direta à evolução da organização do trabalho no setor de serviços/terciário. O primeiro, o sedentarismo das tarefas, a rigidez da postura que acarreta hipertonia estável e invariante dos membros superiores. O segundo, a relação direta com os clientes que modifica e dificulta a expressão de agressividade porque os trabalhadores consideram que o cliente não é o responsável direto pela situação de trabalho. Essa idéia fortalece a supressão do pensamento de teor agressivo, que em casos de falhas dará lugar ao sentimento de culpa, enquanto a agressividade é inibida pelo recurso da repressão pulsional que favorece a utilização da auto-aceleração dos movimentos. Por fim, o terceiro fator diz respeito ao aumento das cadências do ritmo de trabalho por causa da pressão por produtividade e da ameaça de demissão.

Para Pezé (2002), a subutilização do potencial pessoal de criatividade torna-se um fator fundamental para a desestabilização somática. Especificamente, o trabalho repetitivo implica a utilização de automatismo em um divórcio total entre a mão e o imaginário. A tarefa repetitiva é organizada de modo incompatível com as pausas para descanso. O movimento do

corpo transforma, com a hiperatividade demandada, em estratégia defensiva que esconde o sofrimento sob um modo comportamental, em um retorno contra si mesmo da violência imposta.

Para Araújo (1998), a aceleração dos movimentos para a execução das tarefas constitui um dos fatores desencadeadores de LER/DORT, pois ela define a organização temporal do trabalho. E à pressão temporal estão subordinadas a sobrecarga física e mental, a repetitividade e a exclusão da organização pela falta de controle de suas determinações e de identificação com a tarefa.

Rocha (2003), em estudo de caso com bancários, analisou o acometimento por DORT e a depressão como uma de suas conseqüências. De acordo com os resultados, os DORT são uma conseqüência das especificidades das tarefas, acrescidas pelo processo de reestruturação produtiva, intensificado nos anos 1990 para atender aos objetivos de internacionalização do capitalismo e implementação das políticas econômicas neoliberalistas.

Os resultados também evidenciaram que as mudanças realizadas com esse intuito provocaram uma nova configuração no trabalho bancário. Essas transformações desencadearam um estado de fragilização da saúde do trabalhador, manifestada por várias patologias, dentre elas, o alcoolismo, a depressão, a ansiedade e os DORT, decorrentes de um ambiente de precarização galopante.

As análises de Rocha (2003) destacam as características rígidas da organização do trabalho bancário como indicadoras de adoecimento pela pouca possibilidade de negociação de ritmo e de produção, com acúmulo de atividades, impossibilidades de realizar pausas ao longo do expediente, necessidade de cumprir horas extras, pressão da fila e da chefia e inaceitação de erros. A vivência dessas exigências da organização do trabalho é expressa pela categoria: “*em banco tudo é cronometrado*” (Rocha, 2003, p.86).

Essa realidade é um fator de risco para o surgimento de DORT, por causa da aceleração do ritmo de trabalho que sobrecarrega a musculatura utilizada, agravada por um ambiente de pressão que propicia a negligência das necessidades individuais básicas de sede e de alimentação, de pausas e repouso, associada à tensão para realizar as atividades. Assim, os DORTs se configuram como uma “*patologia da atividade do gesto*” (Rocha, 2003, p. 95).

A autora também constatou que, no caso dos bancários, o processo de adoecimento é gradual, de forma que o sofrimento deixa de ser só psíquico e passa também a ser físico. No início é negado e ocultado, fato que leva ao agravamento do estado geral da saúde. O

reconhecimento da doença é associado à incapacidade de o bancário suportar as pressões e o ritmo de trabalho, o que lhe atribui uma imagem de fraco e improdutivo, portanto, substituível. Dada a invisibilidade do DORT, “o outro que não sofre a dor tem dificuldade para acreditar e aceitar a doença, tomada como uma farsa e um meio de ludibriar e fazer corpo mole” (Rocha, 2003, p. 97).

Um outro estudo sobre adoecimento de bancários por LER/DORT foi feito por Lima (1998). Formado por grupos dos setores estatal e privado, em sua maioria caixas, os resultados indicaram as condições facilitadoras para o desencadeamento de LER/DORT. De forma geral, as mais importantes são: a pressão por produtividade e por tempo, somada às cobranças da chefia; as relações interpessoais no que diz respeito à convivência com os colegas, marcadas pela competição de seus ritmos de trabalho, e também com as chefias, descrito como permeada de tensão, constrangimento e sentimento de injustiça; e o significado do trabalho, que é baixo em virtude de a execução da tarefa ser monótona, com conteúdo empobrecido após a automação das tarefas.

Nesse mesmo estudo estão indicados os principais fatores responsáveis pelo desencadeamento das LER/DORT, dentre os quais estão: o processo de automação pois após a implantação do sistema *online* os caixas assumiram várias tarefas que antes eram executadas pela área de retaguarda, ou seja, aumentou o número de informação para ser digitada; o horário de trabalho, pois com o aumento do volume de tarefas, o bancário passou a chegar mais cedo e sair mais tarde, embora as horas extras sejam raramente pagas. Ainda, os critérios de avaliação também são associados com a patologia: o banco estabelece metas de produção e aquele bancário que for mais rápido ganha a maior nota, a premiação, ou seja, o banco instala clima de competição entre os colegas. Por fim, são apontadas as expectativas frustradas e a impossibilidade de realização pessoal como possíveis fatores causadores de LER/DORT, seguidas ainda pelas mudanças frequentes das políticas adotadas pelos bancos.

No texto, Lima (1998, p. 75) fala da possibilidade de se traçar um “*perfil psicológico*” das pessoas com essa patologia. Trata-se de pessoas que possuem características comuns entre si: são pessoas mais tensas, mais ansiosas, mais preocupadas, mais perfeccionistas, mais ágeis etc. Porém, a Psicodinâmica do Trabalho não compartilha do pensamento de que somente pessoas com um determinado perfil estariam propensas ao acometimento por LER/DORT. Para Dejours (2004), não há uma implicação direta entre a patologia de sobrecarga e a (LER/DORT) e estrutura mental do trabalhador. O autor acredita que, diante da pressão de tempo e por produtividade e das ameaças de demissão, a hiperatividade, que leva ao

desencadeamento dessa patologia, é *“conseqüência evolutiva dos esforços consideráveis, inicialmente manifestada pelo sujeito, para assumir as pressões crescentes impostas pela organização de trabalho para continuar produzindo um trabalho de qualidade”* (Dejours, 2004, p. 37).

Por intermédio do seu informativo oficial, o Sindicato dos Bancários do Estado de Goiás tem desenvolvido campanhas informativas relativas aos vários aspectos de LER/DORT para os associados; também alerta sobre a necessidade de se iniciar um trabalho de prevenção dentro das empresas bancárias por meio de seminários, palestras e criação de espaços para a prática dos exercícios laborais, nas pausas periódicas.

Em síntese, de acordo com as concepções de Lima (1998) e Araújo (1998), a auto-aceleração não diz respeito apenas ao conteúdo repetitivo das tarefas, mas também tem relação, em primeiro lugar, com a gerência, personificado nas exigências de produtividade e qualidade que pressionam de forma direta os trabalhadores. Vistos nessa situação, para manter a gerência distante e para evitar humilhação, muitos trabalhadores preferem acelerar seus ritmos. A auto-aceleração também está relacionada com a busca de reconhecimento, na medida em que, com ela, os trabalhadores conseguem atingir os objetivos e metas determinados pela gerência. Em seguida, a auto-aceleração vincula-se às dificuldades com os colegas, pois leva os trabalhadores lesionados a se sentirem obrigados a trabalhar com mais afinco e rapidez para “compensar” as perdas provocadas por colegas que não realizam adequadamente suas tarefas, ou por serem mais lentos. Por último, a vigilância e a competição entre pares também são apontadas como facilitadores da doença.

Especificamente o estudo de Araújo, (1998) aponta para a presença de fatores psicossociais na origem das LER/DORT, pois pertencem à organização do trabalho, ou seja, a divisão das tarefas e das relações sociais de trabalho determina a coordenação das tarefas, a organização temporal das atividades e o entrelaçamento entre os trabalhadores e os objetivos de trabalho.

Desse modo, todas essas considerações relativas aos possíveis fatores implicados no acometimento por LER/DORT são fundamentais para a compreensão do processo de desencadeamento do sofrimento do trabalhador e seguido da patologia, advindo do enfrentamento de impasses profissionais ainda pouco solucionados.

3.6 A caracterização do adoecimento por LER/DORT

Especificamente no setor bancário, as LER/DORT têm evoluído nos últimos tempos como consequência não só da automação dos processos produtivos, mas também da imposição de novos modos de trabalhar, do aumento da jornada de trabalho, das novas formas de gestão, da exigência por mais qualificação e de um novo perfil para o trabalho. Todos esses fatores têm, como visto anteriormente, repercussão na saúde dos bancários.

A dinâmica do processo de adoecimento também é abordada por Miranda (1998). Segundo o autor, os trabalhadores acometidos por LER/DORT queixam-se de parestesias, dores irradiadas, edema, rigidez e limitação dos movimentos pela dor, com repercussão direta sobre o trabalho. Desse estado poderão ocorrer ansiedade, irritabilidade, alterações de humor e do sono, fadiga crônica, cefaléia tensional e outros sintomas. As formas clínicas das LER/DOR são diagnosticadas como tenossinovite, tendinites, epicondilites, ombro doloroso e cistos sinoviais. Os quadros clínicos dessa doença apresentam os seguintes estágios:

1º- sensação de peso e desconforto no membro afetado. Dor espontânea localizada nos membros superiores ou cintura escapular; não há uma irradiação nítida, melhora com o repouso;

2º- a dor é mais intensa e mais persistente, porém tolerável, e permite o desempenho da atividade laboral, mas com redução da produtividade. Nesse estágio pode haver uma irradiação definida da dor; mesmo com o repouso a recuperação é mais demorada;

3º- a dor torna-se mais persistente, é mais forte e tem irradiação mais definida. Torna-se freqüente a perda da força muscular e parestesias. Os sinais clínicos estão presentes e o edema é freqüente e recorrente; o repouso apenas atenua a dor, provocando sensível queda da produtividade e até impossibilidade de execução do trabalho;

4º- a dor é forte, contínua, por vezes insuportável; os movimentos acentuam consideravelmente a dor, que em geral se estende a todo o membro afetado. A perda da força e a perda do controle dos movimentos se fazem constantes; o edema é persistente e as atrofia, principalmente dos dedos são comuns. A capacidade de trabalho é anulada, levando à invalidez (Miranda, 1998, p.74-75).

Esses estágios, além de informarem sobre as características da doença, fornecem a possibilidade de compreensão do sofrimento pelo qual passam os trabalhadores acometidos pela doença. Cada um deles representa uma luta específica do trabalhador contra a própria doença, atravessada pela dor.

Para Mendes e Cruz (2004), as LER/DORT são, por definição, uma doença ocupacional cujos fatores de risco são identificados no ambiente de trabalho. Essa doença diz

respeito a diversas patologias que acometem músculos, nervos, tendões e vasos, principalmente nos membros superiores, como mãos, braços, antebraços, pescoço, ombros, região lombar, possibilitando a degeneração dos tecidos, lesão ou inflamação. Assim, as LER/DORT são reconhecidas como uma afecção de natureza multicausal, decorrente da combinação de vários fatores relativos à organização do trabalho que determina a repetição dos movimentos, a manutenção de posturas inadequadas por tempo prolongado, o esforço físico, a invariabilidade e monotonia de tarefas, o trabalho muscular estático, a exigência de ritmo intenso de trabalho, a falta de sentido das tarefas e autoritarismos das chefias.

3.7 As conseqüências psicossociais da doença

As doenças causadas por esforço repetitivo e distúrbio osteomuscular (tendinite, tenossinovite, síndrome do túnel do carpo, ombros dolorosos e outras) geralmente estão associadas a expressões indicativas de preconceito e discriminação aos adoecidos. Expressões e brincadeiras têm contribuído para aumentar a distância entre os adoecidos e a empresa, tais como: “lerdo”, “legião dos espertinhos remunerados” e “quando você vai deixar de lerdeza e voltar ao trabalho?” (Ferreira, 2001, p. 46). Essas expressões de descaso das chefias e dos colegas diante do sofrimento do outro também foi discutida por Dejours (1994), para quem exacerbam os sentimentos de vergonha, inadequação, culpabilização e contribuem para a não-adesão aos programas de prevenção.

Essas questões são transtornos provocados pelo adoecimento, como indicado por Araújo (1998), Martins e Assunção (2002), Ribeiro (1999) e Alves (2004). Entre as principais dificuldades decorrentes da doença estão: sentimentos de exclusão, de raiva e de culpa pelo adoecimento; ansiedade e descrença na possibilidade de cura diante da ineficácia dos tratamentos; medo da evolução da doença.

Ainda, a resistência do trabalhador em aceitar a doença, por medo de ser marginalizado pela empresa, pelos colegas e pelos amigos; as dificuldades para obtenção da Comunicação de Acidentes de Trabalho (CAT), emitida pela empresa; as dificuldades para conseguir mudanças de função ou atividade, mesmo com a indicação médica; o difícil reconhecimento do nexos causal pela Previdência Social; o afastamento do trabalho por tempo prolongado; as dificuldades financeiras; a mudança de papel social no trabalho, na família e no círculo social; a perda da identidade construída ao longo da carreira; a “síndrome” do afastamento com dificuldade de acomodação a um novo tipo de vida e as poucas

possibilidades de reabilitação profissional; o retorno às funções sem estar curado, o medo da possibilidade de demissão; as dificuldades de reinserção no mercado de trabalho etc.

3.8 O processo de reabilitação profissional

O adoecimento por LER/DORT envolve um processo que se inicia com a aceitação ou não da doença pelo próprio trabalhador, decisão contaminada pelo medo de perder o emprego, dos preconceitos e das exclusões impostas. Só quando a dor se torna intensa, quando ela deixa de cumprir o seu papel de alerta é que se procura ajuda médica. Depois, existe a necessidade do reconhecimento da empresa de que a patologia foi adquirida no trabalho, para que possa ser emitida a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT). Em seguida, de posse da CAT, faz-se necessário o reconhecimento donexo causal, via análise técnica do médico-perito do INSS, para que o trabalhador possa ser incluído no programa de reabilitação da capacidade laborativa para sua reinserção no trabalho. Assim, nos estágios iniciais da doença, a sua negação, tanto por parte do trabalhador quanto por parte da empresa e da Perícia médica do INSS, dificulta a possibilidade de criação de estratégias para que a situação geradora de sofrimento seja transformada.

A reabilitação profissional no Brasil está prevista na Constituição de 1988 que introduziu o conceito de seguridade social no título VIII, art. 193, tendo como base o reconhecimento do valor do trabalho e como objetivo, o bem-estar e a justiça social.

Conforme está citado por Ferreira (2001), a Lei nº 8213 de 24 de julho de 1991, em seu Artigo 89, confirmando suas alterações posteriores, estabelece que:

Habilitação e Reabilitação profissional deverão proporcionar ao beneficiário incapacitado parcial ou totalmente para o trabalho e às pessoas portadoras de deficiência, os meios para a (re) educação e (re) adaptação profissional e social indicados para que possam vir a participar do mercado de trabalho e do contexto em que vive.

Com as contínuas modificações realizadas no Sistema Previdenciário pelos sucessivos governos do país, em 1990 foi criado o Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS), vinculado ao Ministério da Previdência Social é o responsável pelo Programa de Reabilitação Profissional.

A Convenção 159 da Organização Internacional do Trabalho (OIT) de 10 de junho de 1983, que trata da reabilitação profissional e da empregabilidade de pessoas deficientes, e as

Recomendações 99 e 168 dela decorrentes foram incorporadas à legislação brasileira mediante o Decreto nº 129, de 22 de maio de 1991, que determina as Normas Internacionais do Trabalho sobre a readaptação e as diretrizes para sua aplicação. Na Recomendação 99 da OIT está previsto que:

[...] a expressão adaptação e readaptação profissionais designa aquela parte do processo contínuo e coordenado de adaptação e readaptação profissionais e aplicação de meios especiais de orientação e formação profissional e colocação seletiva, para que as pessoas incapacitadas possam obter e manter um emprego adequado; o termo pessoas incapacitadas significa toda pessoa cujas possibilidades de obter e manter emprego adequado se encontram realmente reduzidas a uma redução de sua capacidade física e mental.

De acordo com Ferreira (2001), esse tem sido o esforço essencial do Serviço de Reabilitação Profissional prestado pelo INSS. Em 1960, quando foram criados os Centros de Reabilitação Profissional, o processo incluía reabilitação física e assistência médica. A partir da criação do Sistema Único de Saúde (SUS) – Lei nº 8080/90 e com a extinção do INAMPS, a assistência médica passou a ser de responsabilidade dos estados e municípios. O serviço de reabilitação profissional continuou integrado ao INSS, porém, com a exclusão dos serviços destinados à reabilitação física.

Com essas medidas, houve a separação dos serviços de reabilitação física dos de reabilitação profissional concedidos pelo INSS. A partir da concretização dessas mudanças, mediante a publicação do Decreto nº 2.172/97 e da Resolução /INSS/PR nº 424/97, foram definidas as funções básicas da reabilitação profissional, a saber: avaliação e definição da capacidade laborativa residual; orientação e acompanhamento da programação profissional; articulação com a comunidade com vistas ao reingresso no mercado de trabalho; acompanhamento e pesquisa da fixação no mercado de trabalho.

Na opinião de Ferreira (2001), a separação dos serviços de reabilitação física dos de reabilitação profissional só foi positiva do ponto de vista institucional e administrativo. Essa decisão, segundo a autora, trouxe consequências sérias para os trabalhadores, uma vez que o SUS, em alguns estados, não consegue atender a demanda de tantos trabalhadores vítimas de acidentes e de doenças ocupacionais. Os trabalhadores procuram as unidades para atendimento médico, em geral, para realizar cirurgias, fisioterapias, exames complementares e outros tratamentos específicos necessários à sua reabilitação física.

Por causa disso, a autora considera que o cumprimento das funções básicas dos programas de reabilitação profissional fica comprometido pela falta da reabilitação física.

Estudos desenvolvidos por técnicos da Divisão de Reabilitação Profissional têm evidenciado que o serviço de reabilitação do INSS não está dimensionado para atender a demanda potencial existente. Por isso, a reabilitação profissional tem logrado pouco êxito na solução do complexo problema de integração profissional e social dos beneficiários atendidos, em razão da absoluta falta de investimento na capacitação de recursos humanos, da disponibilização de recursos técnicos e da reorganização da rede de atendimento.

Recentemente, com o objetivo de suprir as limitações do processo de Reabilitação Profissional, o INSS publicou a Orientação Interna nº 116 INSS/DIRBEN, de 25/06/2005, para concretizar as alterações propostas nos serviços de reabilitação previstos na Lei 8.213 de 24/07/91. A partir dessa Orientação Interna, as Unidades Técnicas de Reabilitação Profissional (UTRP) do INSS poderão estabelecer parcerias com entidades públicas ou privadas, de comprovada idoneidade financeira e técnica, para a prestação de serviços, por delegação ou simples cooperação técnica, sob a coordenação e supervisão dos órgãos competentes do INSS, nas seguintes modalidades:

a) atendimento nas áreas de fisioterapia, terapia ocupacional, fonoaudiologia, psicologia; b) atendimento, preparação e treinamento para uso de prótese; c) melhoria de escolaridade (alfabetização e elevação da escolaridade); d) avaliação e treinamento profissional; e) capacitação para reingresso no mercado de trabalho; f) desenvolvimento de cursos profissionalizantes; g) disponibilização de áreas e equipamentos para instituições/entidades/órgãos com atendimento prioritário à clientela da reabilitação profissional; h) estágios curriculares e extra-curriculares para alunos em graduação; i) fiscalização do cumprimento da reserva de vagas nas empresas (art.93, da Lei 8.213/91) pelo Ministério do Trabalho; j) homologação do processo de (re) habilitação de pessoas portadoras de deficiência não vinculadas ao RGPS; l) homologação de readaptações realizadas por empresas.

De acordo com as orientações internas, o Programa de Reabilitação Profissional tem um prazo de 180 dias para cumprir a maioria dos programas - parte física, psíquica e de concessão de cursos - podendo ser prorrogado por mais 60 dias, o que totalizará 240 dias. O tempo é contado a partir da elegibilidade para o programa, ou seja, quando este for indicado, pois enquanto estiver na fase de avaliação laborativa não é contado o tempo de reabilitação.

Segundo os técnicos da UTRP-GO, a NR -17 de 13/11/90, estabeleceu parâmetros e normas técnicas de avaliação, de conduta médica pericial, de tempo para concessão de benefício, e de condição para caracterizar incapacidade ou não, ou seja, para o estabelecimento de vínculo das LER/DORT com o trabalho. Para estabelecer o nexó técnico é feita a análise do posto de trabalho e verifica-se se há sobrecarga biomecânica. No que diz

respeito aonexo epidemiológico são verificadas, em situação semelhante, as condições de trabalho e de risco, as rotinas de trabalho para saber o que o trabalhador fazia como fazia e em que quantidade; a análise dos exames clínicos e a anamnese ocupacional. Como se pode notar, a organização de trabalho e as relações intersubjetivas não estão claramente contempladas na análise para a caracterização das lesões decorrentes do trabalho. Supõe-se que os fatores que não sejam passíveis de medição e quantificação são desconsiderados.

Com base na análise documental e na descrição geral do processo feita por uma técnica da Unidade Técnica de Reabilitação Profissional (UTRP) do INSS de Goiânia-GO, pode-se afirmar que processo de Reabilitação Profissional se inicia quando o segurado/trabalhador, de posse da CAT, emitida pelo empregador ou órgãos competentes, e após a constatação do nexocausal da doença com o trabalho, o trabalhador é enviado pela Agência de Perícia Médica do INSS para a UTRP. Enquanto não é estabelecido o nexocausal, os bancários procuram tratamento em instituições que mantêm convênio com o programa de saúde oferecido pelos bancos.

Inicialmente, o trabalhador recorre ao médico do trabalho ou ao médico-assistente. O médico-assistente fornece 15 dias de licença, por conta do empregador. A partir do 16º dia de licença, a responsabilidade fica para a Previdência Social. O trabalhador recorre às Agências da Previdência Social - Perícia Médica, Seção de Benefício de Auxílio-Doença e entra com pedido de auxílio-acidentário, mas como normalmente o bancário ainda não tem a CAT ele é inscrito no auxílio previdenciário. Cabe aos médico-peritos, da Agência de Perícia Médica, avaliar o caso de cada segurado/trabalhador dentro de sua problemática para identificar se o caso de adoecimento está ou não relacionado com a atividade que ele exerce. Para esse fim, é feita análise técnica do posto de trabalho seguida da biomecânica e fatores agravantes da sobrecarga e nexo epidemiológico para reforçar o vínculo.

Segundo Monteiro (1998), a caracterização pericial do nexo não depende dos resultados laboratoriais, mas apenas da correlação entre a lesão e o exercício do trabalho. Após o processo de avaliação técnica, que identifica se a patologia tem vínculo com a atividade, o segurado/trabalhador é enviado para a Unidade Técnica de Reabilitação Profissional.

Ainda, em casos de não ser confirmado o nexocausal pela Perícia Médica do INSS, o trabalhador tem direito ao Pedido de Reconsideração para sua manutenção no benefício auxílio-doença, mediante o parecer do médico-assistente sobre o estado clínico do trabalhador. Quando o médico-perito, por ocasião da perícia, emite uma data programada para

a alta do trabalhador e se o seu estado clínico, na data prevista para receber alta, ainda não apresentar melhora poderá solicitar um Pedido de Prorrogação daquela perícia.

Quando for negado o Pedido de Reconsideração (PR) ou o Pedido de Prorrogação o trabalhador tem direito de recorrer a uma junta da Previdência Social, formada por dois médicos, diferentes daqueles que negaram o pedido, que irão fazer uma outra perícia. Por último, o trabalhador ainda poderá recorrer à Justiça Federal, ao Ministério Público e outras instâncias na tentativa de ter seu direito garantido, em face ao adoecimento por LER/DORT.

Ao chegar na Unidade Técnica de Reabilitação Profissional, o trabalhador passa por uma avaliação clínica feita por uma equipe formada por fisioterapeutas, assistente social e médico-perito para verificar se a capacidade laborativa residual da pessoa lhe permite entrar no programa de reabilitação. Em seguida, o trabalhador é avaliado pela orientadora profissional, que analisa sua capacidade sócio-profissional, suas experiências profissionais anteriores para um possível aproveitamento, em observância às restrições adquiridas com a patologia, e verificar seu interesse em relação ao trabalho. Essa análise também é condição para entrar no programa.

O resultado dessas duas avaliações é que irá decidir se o segurado/trabalhador participará ou não do programa de reabilitação profissional. Segundo instruções, é considerado inelegível quando o trabalhador não necessita passar pelo programa porque tem condições de retorno, quando ainda necessita de tratamento e não apresenta condições suficientes para retornar ao trabalho.

Na Agência de Perícia, seção de Benefício de Auxílio Doença, o médico-perito avalia a incapacidade do trabalhador, se o que o acomete tem relação com o trabalho. Na UTRP é avaliado o que o trabalhador ainda poderá fazer após o adoecimento, ou seja, o componente residual da capacidade laborativa.

A partir de então, constatada a capacidade laborativa, um técnico da UTRP entra em contato com a empresa de vínculo do trabalhador em questão para solicitar vaga em um novo posto de trabalho, em uma nova atividade. Nesse contato, são estabelecidos parâmetros instrutivo que a empresa deverá cumprir, tais como: respeito às pausas compensatórias; restrição a posturas forçadas de pescoço, ombros, cotovelos, punhos e dedos; não manter o trabalhador em postura estática ou sentado por muito tempo e nem em um trabalho que seja feito com o punho estendido. Quando há vaga disponível em setores compatíveis com as limitações atuais do trabalho, as empresas têm se manifestado favoráveis à sua reinserção.

Porém, há empresas que sempre dizem não haver vaga compatível. Nesse caso, a UTRP envia um segundo ofício à empresa informando sobre os direitos que o trabalhador tem, como o de estabilidade de 12 meses após o encerramento do processo de benefício concedido pelo INSS.

No primeiro caso, uma vez que a empresa de vínculo disponibiliza uma vaga compatível e o segurado/trabalhador se mantém em condição clínica estável, em condição para assumir nova atribuição, a orientadora profissional da UTRP o encaminha para efetuar treinamento no novo posto de trabalho, que poderá durar duas semanas, com quatro horas por dia.

Durante esse período é feita a supervisão técnica, via telefone ou *in loco*, pela orientadora encarregada do processo de reabilitação profissional do referido trabalhador, para verificar se não há nenhuma queixa das partes envolvidas. Caso haja alguma reclamação, um dos técnicos da UTRP vai até a empresa verificar o que está errado no processo de treinamento. Ao final do programa de treinamento na nova função e constatado o bom desempenho do trabalhador na nova tarefa, via relatório emitido pela empresa para a UTRP, o retorno à função proposta é dado como compatível com a condição clínica do trabalhador.

Quando a empresa de vínculo não oferece vaga, recorre-se à ajuda e intervenção da Delegacia Regional do Trabalho ou então tem-se a opção de preparar a pessoa para se profissionalizar para o mercado de trabalho. A partir das aptidões, do nível de escolaridade e da capacitação profissional, a direção da UTRP viabiliza, mediante convênios com instituições competentes, cursos profissionalizantes com duração de até seis meses. Também durante o período do curso, os técnicos e as orientadoras profissionais fazem visitas ao local para verificar as ocorrências.

Nos dois casos, após a conclusão do curso ou treinamento na própria empresa, a participação do trabalhador no programa de reabilitação profissional é encerrada, bem como o processo do benefício (pagamento mensal realizado pelo INSS), porque considera-se que a obrigação da reabilitação profissional foi cumprida.

Algumas considerações podem ser feitas referentes às políticas e aos aspectos legais envolvidos no processo. A primeira diz respeito ao estabelecimento do nexa causal, como a exigência para o ingresso na reabilitação profissional. Após o 15º dia de licença médica, o trabalhador inicia a sua jornada na Seção de Benefício de Auxílio Doença, na Agência de Previdência Social; como até então, o nexa da doença com o trabalho ainda não foi estabelecido, o trabalhador inicia sua luta para obter esse reconhecimento.

Inicialmente, o benefício é registrado no código 31 (auxílio-doença previdenciário, doença comum) e só será transformado em auxílio-acidentário, código 91, a partir da emissão da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) pela empresa e da constatação técnica, via perícia médica, para o estabelecimento do nexo causal da doença com o trabalho. É aqui que o processo se arrasta.

Freqüentemente, os bancários permanecem por longo tempo inscritos no código 31, portanto, sem a comprovação do nexo com o trabalho, condição para que seja enquadrado no código 91. Os motivos variam: o banco nega a emissão da CAT, talvez porque não tenha interesse em receber de volta um trabalhador lesionado; há restrição quanto ao estabelecimento do nexo causal fornecido pelo médico-assistente ou pelo sindicato; o fato de as LER/DORT serem uma patologia de multicausalidade dificulta o diagnóstico, de acordo com os parâmetros médicos, gera dúvida e incerteza; as políticas adotadas pela perícia médica para a comprovação do nexo estão mais voltadas para negar a incapacidade, pois, *à priori*, parece que o entendimento dos médico-peritos é pautado pela dúvida das queixas dos trabalhadores, uma vez que os exames clínicos não evidenciam a doença em seu estágio inicial; ou, ainda em virtude de uma política equivocada para a redução estatística do número de casos de LER/DORT, conforme pensamento dos dirigentes dos sindicatos dos bancários de Goiânia e Brasília.

Diante desse fato, a reabilitação profissional promovida pela UTRP fica comprometida. Nesse processo, os bancários são submetidos a um vaivém que se alterna entre período de licença para tratamento da saúde e retorno para o trabalho. O retorno ocorre, às vezes, na mesma tarefa que gerou a doença ou para outros postos incompatíveis com as limitações impostas pelo adoecimento. No retorno, após alguns dias ou meses, os sintomas se agravam e os bancários não conseguem permanecer no trabalho e entram novamente de licença médica; eles voltam para a Agência de Previdência – Seção de Benefício por mais um período. Enquanto isso, a saúde fragiliza ante os fracassos do tratamento e da reinserção no trabalho, sem que tenha havido a reabilitação devida.

A política de inclusão tardia no Programa de Reabilitação Profissional, que geralmente só ocorre após longos períodos de licença temporária para tratamento da saúde, que acabam se tornando indeterminados, e quando esgotado o prazo legal para concessão de benefício pode colocar em risco a volta dos bancários ao trabalho. A reabilitação profissional oferecida pelo INSS ainda enfrenta dificuldades por causa do número reduzido do corpo técnico para atender a demanda e da dificuldade financeira para cumprir os programas de reabilitação, no caso de

profissionalização do trabalhador para o mercado de trabalho. A carência de técnicos pode comprometer o trabalho de acompanhamento do processo de reabilitação profissional na empresa de vínculo.

Desse modo, a reabilitação profissional é um desafio, seja pela fragmentação do processo de tratamento, considerando-se que o “*estudo e o tratamento eficaz da doença profissional precisam levar em conta que o trabalhador constitui uma totalidade como ser biopsicossocial*” (Ferreira, 2001, p.61), ou pelas novas exigências do mundo do trabalho, que demandam novas habilidades, nova qualificação e um novo perfil profissional. Além disso, a reabilitação profissional é colocada em risco pela angústia gerada pela competitividade que deixa o trabalhador em estado de extrema vulnerabilidade, e pela uma visão apocalíptica daqueles que apontam para o fim do trabalho, como foi criticado por Antunes (2003), ou que apregoam a inviabilidade dos programas de retreinamento e reeducação de trabalhadores para que eles possam encontrar novos empregos, conforme expresso pelo pessimismo de Kifkin (1995). Essa visão coloca em risco as possibilidades de reinserção no mercado de trabalho daqueles já considerados “fisicamente limitados” e, conseqüentemente, contribuem para aumentar o desemprego.

Porém, os desafios não param por aí. Eles se iniciam no primeiro sinal da doença: a dor. Por ser um sinal insidioso, às vezes após uma jornada de trabalho ou à noite, é percebido pelo trabalhador como coisa banal, sem importância, configurando-se a fase de negação da doença. Com o tempo, a cronificação da dor e o agravamento dos sintomas que ameaçam a permanência no trabalho levam à procura por diferentes formas de tratamento para reverter ou atenuar as conseqüências causadas por LER/DORT.

3.9 As limitações do tratamento das LER/DORT e as possibilidades de reinserção no trabalho

Conforme é defendido neste estudo, inspirado nos princípios da Psicodinâmica do Trabalho, considera-se o trabalho como um estruturante psíquico, por isso, mediador da saúde, condição para a objetivação da inteligência e para se fazer humano. Na relação interativa entre trabalho-trabalhador, um é condição para o outro, seja para garantir a saúde em estado de normalidade, ou seja, a saúde como condição para o trabalhador assegurar o seu lugar no trabalho. Por essa razão, as discussões relativas à reabilitação da saúde e profissional estão colocadas na mesma ordem de importância.

Os trabalhadores, ao perceberem o primeiro sintoma das LER/DORT, a dor, via de regra recorrem à ajuda dos medicamentos, inicialmente analgésicos, para atenuá-la e continuarem trabalhando. Quando não conseguem mais suportar a dor, quando ela passa a interferir no trabalho e na vida pessoal e os analgésicos não cumprem mais o seu papel, os trabalhadores recorrem à ajuda médica. Após exames clínicos e constatada a presença das LER/DORT, os médicos também prescrevem ajuda medicamentosa que é uma das modalidades de tratamento da patologia para atenuação dos sintomas.

De acordo com Caíres e Cruz Filho (1998), em casos de LER/DORT, o uso de medicamentos não acompanhado de outras medidas terapêuticas se torna ineficaz e poderá até provocar efeitos colaterais. No tratamento dessa patologia, os medicamentos têm papel de coadjuvante e devem ser usados por um período limitado, associados a outros procedimentos. O uso constante de medicamentos poderá contribuir para a cronização da dor.

Para os autores, os antiinflamatórios, um dos medicamentos mais largamente utilizados pelos acometidos por LER/DORT por indicação médica, devem ser empregados por período limitado e só em casos em que os sintomas são mais graves, já que eles não mudam o curso natural da doença. Da mesma forma, as infiltrações são recomendadas como indicação de tratamento para os casos de tendinites, epicondilites e síndrome do túnel do carpo. Elas deverão ser feitas por períodos limitados e têm efeito durante poucas semanas. As infiltrações também são medidas paliativas, destinadas a melhorar os pontos dolorosos e resistentes a outros tipos de tratamento. Ainda, os antidepressivos devem ser utilizados nos casos em que as LER/DORT se apresentam como dor crônica e difusa, muscular e tendinosa. O uso constante de antidepressivos também poderá ocasionar efeitos colaterais.

Outra modalidade de tratamento também tida como convencional para portadores de LER/DORT é o fisioterápico. Ele está apoiado na utilização de técnicas de termoterapia (calor úmido, imersão, banhos de contrastes), crioterapia (redução da temperatura sobre os tecidos para reduzir o processo inflamatório), hidroterapia, eletroterapia (ultra-som, ondas curtas, correntes elétricas), massoterapia, alongamentos, terapia corporal e outros (Almeida e Diniz, 1998). Essas técnicas visam a remoção do quadro inflamatório e das atrofias em regiões comprometidas pela patologia e ainda reeducação postural.

Para os autores, o tratamento fisioterápico precoce é também indicado, pois alivia as tensões. Os exercícios de relaxamento evita a cronificação e o agravamento dos sintomas, enquanto uma orientação especializada ajuda a executar as atividades de maneira ergonômica. Porém, quando isso não acontece e a pessoa continua com o mesmo ritmo de trabalho, sem

um tratamento que poderia recuperar as áreas acometidas, surgem outros sinais, como inchaço, choques e dormência. Desse modo, ao quadro inicial são somados outros sintomas, como formigamento, limitações dos movimentos, perda da força por acometimento progressivo de outras estruturas. Com isso, a resposta ao tratamento se torna cada vez mais demorada e, às vezes, ineficaz, podendo culminar em incapacidade e invalidez. Por conseguinte, a técnica adotada para o tratamento de LER/DORT deverá levar em conta o estado clínico da pessoa. Ainda há a possibilidade de cirurgia (Rezende e Ribak, 1998) em grupamento muscular específico que apresente múltiplos pontos dolorosos. Porém, essa medida tem sido frustrante diante da multiplicidade de fatores envolvidos no desenvolvimento dos sintomas.

Todas essas formas de tratamento têm como objetivo o tratamento do principal sintoma das LER/DORT, que é a dor proveniente de processos inflamatórios decorrentes da agressão dos tecidos neuromusculoesqueléticos dos membros superiores.

Dada a demanda por novas formas de tratamento para os casos de LER/DORT, tem aumentado a procura por ajuda psicológica. Essa procura ocorre em virtude do sofrimento gerado pelo estado de fragilização psíquica provocada pela patologia em decorrência das perdas e da exclusão advinda do adoecimento, tais como: afastamento do trabalho, com ameaça de perda do emprego; desajustes familiares; limitações físicas; mudança de papel social no trabalho; perda da identidade de trabalhador; sentimento de culpabilidade pelo adoecimento e frustração por não encontrar tratamento eficaz para a patologia.

O tratamento psicológico remete à pessoa (Sato et al. 1993) que tem história, expectativas, potencialidades, ritmos e limites subjetivos. No caso específico dos trabalhadores acometidos por LER/DORT, os fatores de ordem psicológica envolvidos estão revestidos de valores morais, como fraqueza e preguiça, e são atribuídos a uma estrutura de personalidade mais propensa ao adoecimento, ou ainda estão na ordem de questões decorrentes dos conflitos infantis inconscientes, como a neurose de conversão, ou neurose histérica. Todos esses fatores remetem ao indivíduo isolado de seu contexto de trabalho e, assim, não levam em consideração a penosidade do trabalho imposta pela organização do trabalho de tradição taylorista-fordista. Não se nega a presença de fatores psicológicos no processo de adoecimento por LER/DORT; como foi evidenciado no capítulo precedente, porém o envolvimento deles ocorre também em uma outra perspectiva.

Para Araújo (1998), o propósito do tratamento psicoterapêutico não deve ser confundido com aquele oferecido pelo médico ou pelo fisioterapeuta, ou seja, “*não compete à*

psicoterapia curar ou tratar as lesões orgânicas dos trabalhadores acometidos por LER/DORT” (1998, p. 281). Essa afirmação tem a intenção de descartar hipóteses equivocadas que tentam psicologizar essa patologia, que a tomam não como lesão, mas como um sintoma histórico. Conseqüentemente, “*não cabe à psicoterapia tratar do sintoma imediato das patologias da LER, que é a dor*” (Araújo, 1998, p. 281). Assim, o tratamento das lesões físicas e da dor é de competência da área médica. Cabe à psicoterapia tratar o sofrimento psíquico mesmo quando a ele se liga um fenômeno de somatização.

Como está defendido neste trabalho, a dor e as lesões são uma conseqüência de processo de psicossomatização das pressões decorrentes da organização de trabalho. Para Dejours (2007), ainda “*falta uma escuta atenta para os problemas do trabalho e para as patologias do trabalho por parte dos profissionais da área de saúde*” (médico-assistentes, médico do trabalho, fisioterapeutas, psicólogos e psiquiatras).

Araújo (1998) afirma que nos casos avançados de LER/DORT o tratamento psicoterapêutico produz bons resultados quando os portadores aprendem a conviver com a doença e conseguem reestruturar sua vida profissional e afetiva. Diante das limitações dessas modalidades de tratamento, o autor afirma que o enfrentamento das LER/DORT é mais eficaz quando se conta com a ajuda de uma equipe interdisciplinar.

Martins (2002), em referência ao processo de reabilitação da saúde de bancárias portadoras de LER/DORT, afirma que o fracasso no tratamento é atribuído à complexidade dos fatores envolvidos no diagnóstico. Entre eles, o fator psicológico, invariavelmente citado, que resulta em “*não/mal compreendido*” na relação entre os profissionais da área de saúde e os lesionados.

Na visão da autora, o processo de tratamento das LER/DORT é marcado por múltiplos desencontros: primeiramente, com a organização do trabalho, em que o trabalhador é visto apenas como um corpo útil, sendo-lhe negada a sua condição de sujeito; em seguida, o desencontro com o médico que, diante da dificuldade de um diagnóstico preciso, não sabe ao certo o que acontece com o trabalhador. Surge então a figura do fisioterapeuta que não percebe como a aplicação das mesmas técnicas se tornam ineficazes para atingir a causa da dor, levando o trabalhador a uma experiência real de desamparo; por último, o desencontro com o psicoterapeuta que, essencialmente direcionado pelo sofrimento psíquico da pessoa, tomada isoladamente das problemáticas do trabalho, acaba relevando o corpo físico e a concretude da dor, terminando assim por conduzir a pessoa ao desencontro consigo mesma, com seus desejos, sentimentos, com os limites do seu corpo e com o processo de construção

de sua identidade.

Assim, o tratamento quase sempre se encaminha para o fracasso. Na tentativa de superar esses desencontros, algumas experiências de trabalho em grupo com portadores de LER/DORT têm sido conduzidos por uma equipe multidisciplinar. Essa modalidade de trabalho cria uma possibilidade para a reflexão, para uma discussão acerca da relação trabalhador-trabalho e a doença como uma consequência dessa relação, para que os acometidos pela patologia possam assumir o papel de sujeitos nesse processo. Também busca encontrar estratégias individuais e coletivas no sentido de melhorar a qualidade de vida dessas pessoas.

As atividades em grupo desenvolvido por Sato et al. (1993), por exemplo, foi constituído a partir da demanda pelos serviços oferecidos pelo Programa de Saúde dos Trabalhadores da Zona Norte de São Paulo e do Centro de Referência de Saúde do Trabalhador da Lapa e da Freguesia do Ó. Nele estavam envolvidos trabalhadores provenientes dos setores de serviços e de produção e o objetivo da intervenção foi criar condições para melhorar a qualidade de vida dos participantes. As atividades com os grupos tiveram duração mínima de cinco sessões, com possibilidade de continuação por mais duas, conforme a necessidade; cada sessão tinha duração de uma hora e trinta minutos. Segundo a autora, os grupos formados pelos portadores de LER/DORT constituíram-se em grupos de trabalho porque reproduziu o fato social que os igualavam - de serem trabalhadores.

A opção pelo trabalho em grupo se justificou pela possibilidade de avanço da perspectiva individual para a coletiva. Os grupos tinham como objetivo desenvolver discussões sobre a patologia e a problemática psicossocial que a envolve. As atividades viabilizaram a exposição de dúvidas em relação ao desenvolvimento das LER/DORT e das questões legais do trabalho; a reflexão sobre a realidade vivida, as dificuldades e necessidades dos lesionados e a busca de estratégias mediadas pelo compartilhamento em grupo.

Segundo as autoras, a atividade em grupo possibilitou várias ações, dentre elas, pensar na reconstrução da identidade, modificada em função do acometimento por LER/DORT; dar sentido à história pessoal, incorporada à patologia; facilitar o desenvolvimento de uma postura de trabalhador como sujeito em relação ao adoecimento e aos mecanismos institucionais e legais que envolvem a patologia; compreender as causas das LER/DORT que, ora pendem para uma causa centrada no indivíduo, ora na organização do trabalho; rever a própria posição no trabalho e compreender a ocorrência da doença a partir do trabalho, que não é apenas individual e nem natural, mas uma construção da sociedade.

Quanto às repercussões psicossociais das LER/DORT, as discussões em grupo viabilizaram um canal de expressão do sofrimento proveniente das relações de trabalho, seguidos por sentimentos de culpa, de revolta, de incapacidade física e psicológica perante a vida, de desvalorização, acompanhados por uma fragilidade interna ao se perceber sem saída. As atividades em grupo propiciaram ainda a construção de estratégias para lidar com a patologia, de acordo com as necessidades de cada pessoa, ou seja, saídas para conviver cotidianamente com as limitações reais, de forma que as relações interpessoais pudessem respeitar os limites existentes.

Conforme foi evidenciado por Sato et al. (1993), as atividades grupais permitiram a distribuição de saberes entre os participantes a respeito das LER/DORT e a construção de conhecimento a partir da discussão e elaboração de temas comuns e particulares dos integrantes. Quanto às perspectivas de retorno ao trabalho após o programa, os autores afirmam que as saídas encontradas pelo grupo se caracterizaram por meio do fazer, mas que esse fazer, às vezes, é impedido quando o portador de LER/DORT não tem qualificação para realizar outras atividades além daquelas de trabalhar com as mãos. A restrição dos movimentos manuais pode impossibilitar a reinserção em outra atividade e embora algumas pessoas tenham tentado retornar às atividades que desempenhavam antes do adoecimento.

Para Sato et al. (1993), é difícil para os portadores de LER/DORT identificar que podem fazer coisa de modo diferente daquele conhecido e praticado até o adoecimento. A saída, para esse caso, requer um novo aprendizado, a partir de um movimento interior para o exterior e não ficar só na incorporação do repertório de possibilidades existentes.

Nessa mesma direção, Araújo (1998, p. 290) realizou trabalho em grupo com trabalhadores acometidos por LER/DORT a partir da experiência com “*grupos homogêneos*”, trabalhadores que “*compartilham as mesmas experiências e têm laços orgânicos entre si*”. A opção pelo trabalho em grupo ocorreu em razão de privilegiar a liberação da palavra, por possibilitar a reflexão e a elaboração das vivências, por ser o espaço do grupo o lugar de construção e apropriação de saberes e representações relacionadas à realidade de trabalho e socioafetiva dos participantes. Os grupos foram formados por trabalhadores dos setores bancário, metalúrgica e de restaurante.

Desse trabalho destacam-se as seguintes mudanças: primeiro, as discussões serviram para a tomada de posicionamento diferente diante da LER/DORT, à medida que foi dada oportunidade ao trabalhador de refletir sobre a situação de trabalho, tornando-a mais clara; em seguida, a reconstrução coletiva do mundo do trabalho, mediante o relato da história

individual para o grupo e para si mesmo, permitia aos trabalhadores se tornarem sujeitos e darem sentido à sua história; depois, foi possível a elaboração de um saber comum, somado às vivências afetivas da problemática individual que se integrava às coletivas. Ainda, o conhecimento construído sobre as questões das LER/DORT favoreceu a diminuição do sofrimento não elaborado e ainda não expresso diante das condições gerais impostas pela doença e, por fim, que embora a doença tenha continuado, o sofrimento dos trabalhadores teve alívio, por terem sido escutados, durante duas semanas, por colegas e coordenadores.

Para Araújo (1998), a escuta do sofrimento dos trabalhadores, própria da pesquisa, cumpriu o seu papel terapêutico. Contudo, o autor faz questão de ressaltar que “*os resultados terapêuticos das reuniões em grupo não significam que foi encontrada a solução para os sofrimentos provocados pela LER*” (Araújo, 1998, p. 297), e acrescentando ainda que os resultados obtidos, por si sós são incapazes de afrontar a doença. De forma contundente, Araújo questiona o papel da psicoterapia, de tradição individual, na cura das LER/DORT, pois não a considera uma “*conversão histórica*”. Os resultados positivos resultantes do tratamento psicoterapêutico, portanto, estariam no âmbito da aprendizagem de novos modos para conviver com a doença e para reestruturar a vida profissional e afetiva, apesar da patologia.

Em razão dessas limitações, o autor defende o tratamento por uma equipe multidisciplinar que incluindo o trabalho psicoterapêutico com grupos compostos por trabalhadores que pertencem à mesma categoria profissional, no caso de LER/DORT. A eficácia dessa forma de tratamento, segundo Araújo, decorre do espaço criado para trabalhar o sofrimento mediante o compartilhamento de experiências próximas, de trajetórias e do processo de adoecimento, ao mesmo tempo em que se criam condições favoráveis à reconstrução da identidade, ora fragilizada pela doença. Além da dimensão política, o trabalho em grupo rompe com o discurso de desconirmação da doença.

Ao defender o trabalho em grupo, como uma modalidade alternativa para o tratamento dos trabalhadores acometidos por essas síndromes, Araújo aponta para a necessidade de contemplar a relação subjetiva entre trabalhador-trabalho nesse processo; caso contrário, se corre-se o risco de tomar a parte pelo todo.

Outro trabalho com grupos foi realizado por Merlo et al. (2001). Mediante relato de experiência, os autores apresentam análise das atividades com grupos de pessoas adoecidas por LER/DORT. O trabalho foi realizado por uma equipe multidisciplinar do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em parceria com a Faculdade de Medicina e o Instituto de

Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. No relato, os autores apresentam a descrição dos procedimentos adotados no trabalho com os grupos.

Assim, o desenvolvimento da proposta terapêutica estava apoiado na tentativa de complementar os procedimentos convencionais capazes de contemplar a multifatoriedade das LER/DORT, associados aos exercícios físicos de alongamento, relaxamento e fortalecimento muscular. Os grupos foram formados por portadores de LER/DORT atendidos no Ambulatório de Doenças do Trabalho do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, via Sistema Único de Saúde (SUS), provenientes dos setores bancário, metalúrgico e calçadista e que estavam temporariamente afastados do trabalho.

As atividades de tratamento foram divididas em dois grupos: um temático e outro de intervenção. O grupo temático se caracterizava pela estrutura prévia do tema, era de curta duração, tinha objetivo definido e abrangia um número grande de pessoas com LER/DORT. As atividades do segundo grupo, de intervenção, ocorriam após a realização do primeiro, como estratégia para a obtenção de eficácia do tratamento pela participação das pessoas em grupos de discussão. No final, os grupos foram avaliados de forma objetiva, mediante exame de incapacidade física e sob a apreciação dos participantes quanto às expectativas alcançadas.

As atividades do grupo temático foram desenvolvidas em seis reuniões semanais com uma hora e trinta minutos de duração, incluída mais meia hora de exercícios físicos. O grupo foi composto entre 8 a 10 participantes e uma equipe técnica constituída por três profissionais: um psicólogo e um médico, que alternavam os papéis de coordenador e co-coordenador, mais um profissional de educação física. Com o grupo de intervenção, as reuniões eram semanais, com e dez encontros; o tempo foi dividido em sessenta minutos para discussão e trinta minutos para exercícios físicos.

De acordo com o relato dessa experiência, os grupos de discussão e reflexão com os portadores de LER/DORT revelaram uma alternativa complementar ao tratamento. O grupo temático, ao permitir a participação de um número maior de participantes e por possuírem um número fixo de encontros, funcionou como sensibilizadores: eles forneciam um modelo de intervenção na relação dual médico-paciente, na crença de que essa era a única alternativa de tratamento. Por outro lado, o grupo de intervenção, com mais abertura para discussão, permitiu a emergência de conteúdos em relação ao trabalho e ao adoecimento. A inclusão de exercícios físicos estimulou a participação discursiva, a coesão grupal e diminuiu a ansiedade diante do modelo de intervenção ainda não conhecido. Para os autores, a aceitabilidade do trabalho foi expressa no baixo índice de absenteísmo nas reuniões.

A avaliação clínica, ao final do programa, contudo, não revelou melhora na totalidade dos pacientes; apenas identificou uma menor frequência na agudização dos sintomas, diante da melhora do autocontrole na realização de algumas atividades. Enfim, o trabalho em grupo ajudou a minimizar queixas, atitudes de resignação, passividade, dependência e expectativas dos trabalhadores por uma solução externa capaz de tirá-los da doença e salvá-los da dor crônica. As reflexões e as experiências relatadas pelos grupos se tornaram estímulos para a busca de um fazer em acordo com as limitações impostas pela doença, e embora iniciativas individuais para realizar algumas tarefas tenham provocado a volta dos sintomas e causado frustração.

Os autores consideram que a adoção de trabalhos em grupos tem possibilitado aos portadores de LER/DORT (re) aprenderem a utilizar seu potencial na busca de recursos para a construção de estratégias de saúde e a saber lidar de forma autônoma com a dor crônica. E afirmam que essa modalidade de tratamento, que não é apenas clínico, se apresenta mais abrangente do que o tratamento tradicional, pois atende às características da patologia.

Bonetti Lima e Oliveira (1995), apoiados na abordagem psicossocial, relatam experiência de trabalho em grupo com portadores de LER/DORT, também a partir da mesma problemática que norteou os trabalhos em grupo desenvolvidos por Sato et al. (1993), Araújo (1998) e Merlo et al (2001). Esse trabalho, denominado por Grupos de Qualidade de Vida, teve como objetivo olhar para alguns aspectos das Lesões por Esforço Repetitivo que, segundo os autores, escapam à uma visão reducionista e culpabilizadora e que possa dar conta das repercussões psicossociais dessa patologia.

A opção por realizar trabalho em grupo com portadores de LER/DORT foi justificada pelos autores pelo fato de o grupo possibilitar suporte social e fornecer referenciais necessários para ressignificar a identidade de trabalhador, abalada pelo adoecimento e diante de um ambiente desconfirmador.

Os grupos de qualidade de vida reuniam-se semanalmente, em um número de cinco encontros e com duração de 90 minutos cada. As reuniões eram coordenadas por uma equipe técnica formada por três profissionais: o coordenador cabia organizar as discussões das idéias em debate; o auxiliar de coordenação subsidiava informações técnicas referentes às questões médicas e previdenciárias e o observador que registrava as discussões para análise posterior. Após cada encontro, a equipe se reunia para discutir o significado da dinâmica e planejar ações futuras.

Esses quatro trabalhos, Sato et al. (1993), Araújo (1998) Merlo et al. (2001) e Bonetti Lima e Oliveira (1995) evidenciam preocupações semelhantes e buscam formas de tratamento alternativo, àqueles convencionais, de modo que contemplem aspectos psicossociais que envolvem o trabalhador acometido por LER/DORT. O trabalho em grupo com essas pessoas viabiliza a reconstrução da relação intersubjetiva de trabalho geradora de sofrimento; cria um canal para articulação e construção de um conhecimento coletivo a partir do relato das experiências individuais; proporciona aprendizado para o convívio com as limitações e gera a descoberta de novas potencialidades para lidar com a vida e construir a identidade abalada pelo adoecimento. Contudo, nos três trabalhos está evidenciado que as reuniões terapêuticas também não possibilitam a cura das LER/DORT, mas tão somente a atenuação do sofrimento e dos males da dor crônica.

Mediante resultados de estudo sobre as possibilidades de reinserção profissional de mulheres acometidas por LER/DORT, que trabalhavam no restaurante universitário da UFMG, em Belo Horizonte, Araújo (1998) afirma que as tentativas de reabilitação e de readaptação profissionais têm sido escassas e, às vezes, pouco eficazes, por dois motivos: primeiro, em razão da dificuldade que o trabalhador enfrenta para encontrar outra função na empresa de vínculo que seja compatível com as limitações físicas impostas pelas LER/DORT; segundo, pelas dificuldades de adaptação à nova função e na reinserção social e institucional no novo setor de trabalho. De acordo com o pensamento do autor, *“o trabalhador readaptado é um estranho aos novos colegas e à chefia, podendo ser objeto de hostilidade, marginalização ou descaso”* (p. 278).

Diante dessa realidade, o autor questiona se a realocação funcional seria suficiente para reinserir essas trabalhadoras na instituição, se daria conta de resolver os seus problemas profissionais e de saúde e se não se tornaria uma fonte a mais de sofrimento. Esses questionamentos colocam em evidência a complexidade que envolve o processo de reinserção profissional dos trabalhadores acometidos por LER/DORT.

Dentre as maiores dificuldades apontadas pelo estudo, em face das experiências de reinserção das trabalhadoras em outras atividades, destacam-se: sentimento de sofrimento e agravamento da patologia pela perda do antigo ambiente de trabalho; falta de motivação para aprender novas tarefas, às vezes, menos importantes socialmente; rompimento da ligação afetiva e profissional; sofrimento por se sentir rejeitada pela nova chefia e novos colegas, estes nem sempre receptivos; isolamento pessoal, marginalização e desadaptação profissional.

Esses achados indicam que, dependendo da forma como é conduzida, a reinserção

profissional provoca mais exclusão profissional do que inclusão, pois pode levar ao isolamento, à marginalização, tanto pelo não reconhecimento das condições de saúde quanto pela perda da identidade de trabalhador; pode levar à perda do sentido do trabalho, ao sentimento de inutilidade e ao desinvestimento profissional. De forma geral, parece que as empresas não têm interesse em receber de volta um empregado lesionado. Quando isso ocorre, é simplesmente em cumprimento às leis. A depender do setor produtivo, o empregado lesionado é um obstáculo para os demais colegas no cumprimento das metas de produção.

Para Settimi e Silvestre (1995) a reabilitação profissional de trabalhadores portadores de LER/DORT, no Brasil, ainda encontra em estado de calamidade porque ainda não há, por parte dos órgãos competentes, uma estrutura adequada para reabilitar. A situação se agrava porque as empresas não dispõem de postos de trabalho adequadamente estruturado aos trabalhadores, como uma medida de prevenção.

Os resultados da reabilitação da saúde, de um modo geral, mesmo com adoção de formas alternativas de tratamento, indicaram pouca eficácia sob o ponto de vista clínico e, conseqüentemente, inviabilizando a reinserção ao trabalho.

Em relação às dificuldades de recuperação da saúde e da cronicidade da dor, Dejourns (2007) retoma a idéia sobre a importância das estratégias defensivas nesse processo. As estratégias defensivas são construídas pelos trabalhadores para afrontar o medo, o risco, o perigo e as dificuldades implicadas no trabalho para manter a saúde em estado normal. O adoecimento, no caso de LER/DORT, representa o fracasso, a falência das estratégias de defesas e o rompimento com o investimento no trabalho.

Diante dessa situação, os trabalhadores se tornam incapazes de endossar os comportamentos defensivos perante os colegas, pois eles não podem mais evitar o medo e sem as defesas, os trabalhadores reconhecem que têm dor. Para os trabalhadores, a presença física dos sintomas não lhes permite retornar ao trabalho, porque sentem que não estão curados por causa da cronicidade da dor. Por conseguinte, não conseguem retomar a mesma rotina, a mesma cadência, porque sem a ajuda das estratégias de defesa, no caso a aceleração dos movimentos, os trabalhadores percebem os sintomas.

O processo de reabilitação da saúde, tanto é um problema dos profissionais da área de saúde quanto dos trabalhadores adoecidos. Especificamente no caso das LER/DORT, exige-se uma reeducação postural e isso é doloroso para os trabalhadores, além de entrar em conflito com o modo operatório da tarefa. Nem sempre é fácil aceitar as exigências de um programa

de reabilitação, por exemplo, ter disciplina para seguir as recomendações do tratamento. Por isso, na visão de Dejours (2007), o fracasso da reabilitação da saúde também tem ligação com o investimento do trabalhador nesse processo, porque é preciso muito esforço para suportar.

Em referência às mulheres acometidas por LER/DORT, Dejours afirma que, quando voltam para o trabalho, elas desenvolvem uma angústia pelos colegas que se mantêm na aceleração. As mulheres, culturalmente, têm mais facilidade para manifestar a dor, a doença, por isso, às vezes, elas se sentem mal em relação aos colegas que não as acolhem. De forma geral, a presença de um colega com LER/DORT, no ambiente de trabalho incomoda porque para a manutenção das estratégias de defesa os trabalhadores não podem pensar na doença para poderem permanecer na aceleração das cadências e isso acaba impedindo o contato com os colegas lesionados.

Com o objetivo de aprofundar as questões relacionadas ao fracasso da reabilitação profissional referente ao estudo com bancários acometidos por LER/DORT, Dejours (2007) sugere a presença do quadro característico da Síndrome Subjetiva Pós-Traumática.

Em seu estudo de 1986, *Síndromes Psicopatológicas Resultantes de Acidentes do Trabalho: conseqüências sobre a retomada do trabalho*, o autor considerou como alvo dessa síndrome trabalhadores expostos de modo habitual aos riscos de acidentes e aos perigos que eles não conseguem controlar e, normalmente, com menor qualificação profissional como os operários da construção civil, da indústria química e de siderurgia.

Mediante discussões, Dejours (2007) considerou ser pertinente a possibilidade de se atribuir às síndromes subjetivas pós-traumáticas a causa do reaparecimento dos sintomas das LER/DORT nos bancários e, conseqüentemente, o fracasso das tentativas de reinserção no trabalho.

Segundo o autor, as síndromes subjetivas pós-traumáticas se iniciam após várias semanas ou meses seguintes ao acidente de trabalho e têm duas características: só aparecem no decurso dos sintomas funcionais diretamente relacionados a lesões objetivas, mas sem substrato orgânico; elas não são fixas e têm uma tendência de evoluir para uma cronicidade intensa. Entre os sintomas mais característicos estão: cefaléias, fadiga extrema, dores variadas, dificuldades funcionais com os movimentos das articulações, parestesias, diminuição da força muscular, fraca resistência ao esforço e outros. A esses somam-se insônia, irritabilidade e problemas de humor.

Os exames clínicos e paraclínicos geralmente não chegam a nenhuma conclusão e, às

vezes, a nenhum sinal objetivo da lesão que justifique a impotência funcional. Com frequência, esses sintomas instauram um diálogo de surdos e de suspeição entre o trabalhador, o médico do trabalho e o médico-perito, situação que conduz o trabalhador a um estado misto de reivindicação e depressão. Esse quadro impede o retorno ao trabalho (Dejours, 1992).

Com o tempo, os trabalhadores passam a ser tratados por psiquiatras, seja por causa da cronicidade do problema sem materialidade, o que não justificaria um tratamento médico, seja porque, gradualmente, constitui-se uma verdadeira afecção psiquiátrica decorrente de um círculo vicioso de incompreensão. Porém, a síndrome subjetiva pós-traumática é uma entidade clínica reconhecida e de origem bem limitada à organização do trabalho (Dejours 1992).

Para o autor, a origem desses sintomas está no medo, e este é psíquico e incompatível com a realização do trabalho. Diante das dificuldades e para escapar dos riscos, dos perigos e sem poder controlar o modo operatório, os trabalhadores se vêem conduzidos a lutar contra a percepção de medo, em vez de lutar contra a sua causa real, ou seja, o risco, a dificuldade de trabalho.

As estratégias de defesa têm a função de atuar sobre a percepção do medo diante das situações de risco. Assim, diante de um acidente, ou do adoecimento causado pelo trabalho, os trabalhadores colocam em dúvida a eficácia das estratégias adotadas, não confiam mais nelas porque adoeceram. Não podem mais, portanto, deixar de perceber o medo como proveniente do risco e do perigo que a tarefa lhes impõe. Esse estado torna impossível o retorno ou a permanência no trabalho, porque os trabalhadores não podem mais evitar o medo. Nesse processo, *“os vestígios de luta contra a percepção do medo conduz à formação de sintomas, os quais, como todo sintoma, têm um valor de compromisso: eles são antes de tudo somáticos”* (Dejours, 1986, p. 111), como dores, cefaléias, parestesias, impotência funcional e outros.

Para o autor, esses sintomas mascaram a origem fundamentalmente psíquica do medo, que implica o corpo e as performances produtivas sensório-motriz. A recusa para retornar ao trabalho, por ansiedade ou por medo, equivaleria à demissão sumária. A única saída é a medicalização do medo. Os sintomas do sofrimento de vítimas de síndrome subjetiva têm como alvo o corpo, por isso, são somáticos, embora haja, às vezes, uma defasagem entre o sintoma e a lesão.

No que se refere ao papel das estratégias de defesas, mesmo com o afastamento prolongado do trabalhador do ambiente de trabalho para tratamento, elas não desaparecem por

completo. Porém, o sintoma que vem sobre o corpo tem um valor de compromisso entre o desejo de retornar ao trabalho e a interdição de voltar, porque a pessoa sabe que deve voltar, mas é um fracasso. Então, é uma espécie de concentração de sofrimento sob a forma de sintomas do corpo que se tornam difíceis de compreender, pois, nesse caso, o estado físico não torna visível o estado psíquico. Este é manifestado pelo medo de ser demitido, de não encontrar uma nova função, do preconceito e da rejeição dos colegas e da chefia, da exclusão, de não dar conta de manter as performances produtivas, de perder a identidade de trabalhador e etc.

Borsonello et al. (2002) em pesquisa empírica, a partir de atendimento de trabalhadores em uma agência do INSS e em uma Clínica em São Paulo, verificou a associação entre o afastamento de trabalhadores por acidente de trabalho e o desencadeamento de transtornos psíquicos, somáticos e alterações nas relações sociais. A amostra foi composta por 16 sujeitos que responderam um questionário com questões semi-abertas.

Os resultados indicaram que, em relação às alterações nas relações sociais, com o adoecimento e afastamento do ambiente de trabalho, os trabalhadores foram acolhidos e obtiveram a compreensão da família e dos amigos. Porém, em todos os casos estudados os trabalhadores não retornaram ao ambiente de trabalho por causa da persistência dos sintomas da patologia da qual foram acometidos e ainda desenvolveram outras manifestações fisiopatológicas que os impediram de retornar ao trabalho. Esse fato foi atribuído às síndromes subjetivas pós-traumáticas que funcionou com um impedimento para o retorno.

Para as autoras da pesquisa, da mesma forma que Dejours (1986, 1992, 2007), o trabalhador acidentado passa a perceber os riscos de sua tarefa. Ao serem excluídos das defesas, ao enfrentar o perigo, o medo e a impotência produzem sintomas que caracterizam a síndrome. Os resultados da pesquisa ainda indicaram que os sujeitos apresentaram um aumento significativo de sintomas após o afastamento do trabalho por motivo de acidente de trabalho.

Como afirma Dejours (1986, 1998, 1992) esses sintomas são de origem psíquica, o medo e a ansiedade têm o corpo como alvo. Trata-se de um mecanismo defensivo em que os conflitos psicológicos decorrentes do enfrentamento das pressões e das relações intersubjetivas de trabalho é convertido em sintoma fisiológico. Para o autor, a síndrome é psicossomática e esses sintomas (dores, problemas funcionais) dificultam o retorno para o trabalho.

Diante dessa complexidade, coloca-se em questionamento a forma como é realizado o processo de reabilitação profissional dos bancários portadores de LER/DORT pela UTRP do INSS em Goiânia-GO. Ao considerar as orientações técnicas para sua realização, identifica-se que esse processo só contempla o aspecto clínico do trabalho, circunscrito àquilo que resta de sua capacidade laboral.

O próximo capítulo apresenta, à luz da Psicodinâmica do Trabalho, o objeto de investigação deste estudo e, em seguida, a metodologia utilizada.

4. OBJETO DE INVESTIGAÇÃO

Este projeto visa investigar a psicodinâmica do processo de reabilitação profissional em trabalhadores bancários portadores de LER/DORT. Para esse fim, está apoiado no referencial teórico da Psicodinâmica do Trabalho.

Na procura da compreensão dessa dinâmica, norteiam o presente estudo as seguintes questões:

- ✓ Quais eram as características da organização do trabalho à qual estavam submetidos os bancários portadores de LER/DORT?
- ✓ Como eram as vivências de prazer e sofrimento antes e depois do processo de adoecimento?
- ✓ Quais eram as estratégias utilizadas por esses trabalhadores para mediar o sofrimento antes e depois do processo de adoecimento?
- ✓ Processo de reabilitação da capacidade laboral, quais são os fatores que mais contribuem ou que dificultam a recuperação da saúde?
- ✓ Processo de reabilitação profissional capacita esses trabalhadores para o retorno ao trabalho?
- ✓ O retorno ao trabalho propicia condições psicossociais para a manutenção da saúde ou gera um novo afastamento?
- ✓ Quem consegue voltar para o trabalho é quem fica menos ou mais tempo no processo de reabilitação da saúde?

Em decorrência das contínuas transformações da organização do trabalho, mediadas pelos processos de informatização e terceirização das tarefas bancárias, estudos têm evidenciado que os bancários vêm sendo acometidos por distúrbios psíquicos e físicos no enfrentamento dessa nova realidade, como foi apontado por Ribeiro (1999), Veloso (2002), Merlo e Barbarini (2002) e Rocha (2003),

Os autores Dejours (1992, 2001, 2002), Dejours e Abdoucheli (1994), Dejours e Jayet (1994), Ferreira e Mendes (2003) preconizam o papel fundamental do trabalho na vida e na saúde das pessoas e privilegiam a saúde do trabalhador como objeto de estudo mediado pelas

vivências subjetivas de prazer-sofrimento no trabalho. A categoria central de análise é a inter-relação entre o sofrimento e as estratégias individuais e coletivas utilizadas pelos trabalhadores para conjurar o sofrimento e transformar o trabalho em fonte de prazer.

Para Ferreira e Mendes (2003), a Psicodinâmica do Trabalho concebe o homem como um ator social que pensa sua situação de trabalho, a interpreta, reage e a organiza. Por ser portador de uma história singular e de uma subjetividade, o trabalhador participa da construção de uma subjetividade que permite a construção de sentido do trabalho atribuído de forma compartilhada por um grupo de trabalhadores e que poderá ser de prazer e/ou de sofrimento.

Desse modo, o processo de saúde e adoecimento é caracterizado pelo jogo de forças entre as vivências de prazer-sofrimento e pelas mediações que viabilizam a mobilização e construção de sentido no trabalho.

Em seus achados empíricos, Dejours (1992), Dejours e Abdoucheli (1994), Dejours e Jayet (1994) procuraram determinar o que no processo de trabalho interfere na saúde dos trabalhadores, ou seja, quais as relações que se estabelecem entre a integridade psíquica dos trabalhadores e o trabalho. Os autores confirmam, categoricamente, a organização do trabalho como um fator crucial para o desencadeamento de sofrimento nos trabalhadores que, se não for mediado de modo eficaz, provoca o adoecimento.

Segundo os autores, a organização do trabalho é compreendida pela divisão de trabalho, que representa como a tarefa está dividida entre os trabalhadores e determina o seu conteúdo, a cadência, o ritmo, o modo operatório prescrito, incluídos aí os movimentos e os gestos. De outro lado, a divisão de homens diz respeito à repartição de responsabilidade, de hierarquia, de comando, de controles, determinando ainda as relações entre os trabalhadores, ou seja, as relações intersubjetivas no ambiente de trabalho.

Segundo Dejours (1992, 1994, 1999,2002), se as condições de trabalho têm impacto, prioritariamente, no corpo dos trabalhadores, a organização do trabalho reflete mais acentuadamente no psíquico, mediante a supressão do desejo e das expectativas afetivas no campo das relações sociais do trabalho, necessárias para o trabalhador resistir, a longo prazo, às pressões no trabalho desencadeadoras de sofrimentos e de doenças ocupacionais. Quando a organização do trabalho adota uma certa flexibilidade, permitindo ao trabalhador uma margem de negociação e adaptação de suas necessidades, expectativas e desejos torna-se mediadora da saúde do trabalhador. Quando a margem de adequação é inexistente, instala-se

o sofrimento.

Para Dejours (2007), trabalhar é fazer a experiência do real que se revela ao trabalhador por meio da sua resistência às prescrições quando um modo operatório, devidamente elaborado, não funciona adequadamente e o coloca diante do inesperado. Para o autor, trabalhar é também uma experiência afetiva penosa, que coloca o trabalhador em contato com a experiência de fracasso.

Daniellou, Laville e Teiger (1989) afirmam que trabalho prescrito nunca corresponde exatamente ao trabalho real que é executado pelo trabalhador, porque as normas não levam em consideração os incidentes, as suboperações suplementares, as variações das tarefas a serem realizadas. Diante dessa defasagem, os trabalhadores procuram adaptar-se, efetuando ajustes necessários à execução das tarefas, tentam “gerir” essa defasagem, sofrendo as conseqüências imediatas em seu corpo, em seu espírito, em sua personalidade, em sua vida pessoal e profissional. Por isso, a defasagem entre a organização do trabalho prescrita e a organização do trabalho real é apontada como um espaço de conflito e de tensão para o trabalhador.

A diferença entre o trabalho prescrito e o trabalho real existe em todas as situações de trabalho, pois nenhuma atividade é puramente manual. Na execução, os trabalhadores efetuam ajustes para encontrar os modos operatórios adequados às dificuldades não-aparentes da tarefa e isso exige um trabalho mental intenso. Essa diferença entre o prescrito e o real traz conseqüências física, mental e psicoafetiva, individuais e coletivas e quase sempre são menosprezadas por serem provocadas por causas que, teoricamente, não existem.

Enfim, Dejours (1992, 1994, 2001, 2000) e Dejours e Abdoucheli (1994), ao reconhecerem a diferença entre organização do trabalho prescrita e organização real, argumentam que a primeira representa a *vontade de um outro* que se opõe e se impõe ao trabalhador. Já a segunda, se dá a conhecer por sua resistência ao domínio técnico e científico, ou seja, ela é resistente à descrição e é apreendida pela experiência vivida.

Para a gestão dos conflitos, das contradições e das tensões decorrentes da defasagem entre o prescrito e o real torna-se necessário um espaço de discussão para o confronto de opiniões para a discussão dos aspectos da organização do trabalho geradores de dificuldades. Por meio da mobilização subjetiva e coletiva, os trabalhadores buscam adaptação e adequação do prescrito favorável à realização do trabalho. Ao considerarem a participação humana na mobilização e nos investimentos como essenciais para realizar ajustes e regulagens entre a

organização prescrita e a real, os autores revelam a dimensão social presente na constituição da organização do trabalho, em decorrência de um complexo jogo de relações sociais de trabalho.

Assim, da relação do trabalhador com a organização do trabalho surgem as vivências de prazer e sofrimento. As vivências de prazer podem ocorrer por duas vias: a primeira, mediante a ressonância simbólica, quando a curiosidade fundamental da pessoa é solicitada e ativada pelo encontro com a organização do trabalho. Nesse caso, a tarefa passa a ter um sentido em decorrência da história singular do trabalhador, o que possibilita uma descarga do seu investimento pulsional e cria condições para a conquista da saúde no trabalho.

Uma segunda via de vivência de prazer passa pelo processo de ressignificação do sofrimento. Os trabalhadores não suportam as pressões no trabalho passivamente, pois subvertem os efeitos dessas pressões reapropriando-se deles para construir estratégias de mediação, conseguindo tornar o trabalho fonte de auto-realização, de prazer e de saúde. Esse processo de subversão das pressões envolve a dinâmica do reconhecimento. Para isso, os trabalhadores, no enfrentamento das pressões, contradições, exigências, ameaças e do medo impostos pela organização do trabalho, individual e coletivamente, constroem estratégias como as práticas de “quebra-galhos”, para darem conta de executar o trabalho prescrito. As estratégias coletivas pressupõem acordo partilhado e, para esse fim, fazem uso da mobilização subjetiva em que são engendradas a inteligência, a sensibilidade, a engenhosidade, a inventividade e a cooperação.

Desse modo, os trabalhadores obtêm o reconhecimento como contrapartida à contribuição com a melhoria da organização do trabalho, decorrente do uso de práticas que possibilitaram a redução da defasagem entre a organização prescrita e a real. As iniciativas e as tomadas de decisões para solução dos imprevistos passam pelo julgamento das utilidades econômica, social e técnica e pelo julgamento de beleza por suas conformidades às regras de trabalho, originalidade, habilidade e estilo. Todas essas iniciativas, posteriormente, poderão ser retomadas pelo coletivo de trabalho. Nesse processo, o reconhecimento viabiliza a construção da identidade social que, por sua vez, repercute na saúde do trabalhador (Dejours e Abdoucheli, 1994; Dejours, 1999, 2001, 2004; Ferreira e Mendes, 2003).

Na visão de Dejours (1999), o estudo da relação entre saúde e trabalho não poderá dispensar essa análise, pois nenhuma relação de trabalho é neutra em relação à saúde. Quando a dinâmica do reconhecimento funciona o trabalho favorece a saúde; quando não funciona, o trabalho perde seu sentido subjetivo e não proporciona espaço para a subversão do sofrimento

dele decorrente. Assim sendo, a saúde não é um estado natural, mas uma construção intencional, na qual o trabalho ocupa lugar importante. A construção da saúde tem ligação com as relações estabelecidas no ambiente social: de um lado, as relações interindividuais para a construção da saúde no registro do amor; de outro, as relações intersubjetivas no campo do trabalho. Para o autor, “*a nossa capacidade de resistir ou de ficar doente está intimamente relacionada à qualidade das relações de trabalho*” (Dejours, 1999, p. 98).

Por sua vez, as vivências de sofrimento têm origem no confronto entre as necessidades e os desejos do trabalhador e as características da organização de trabalho. Para o enfrentamento desse sofrimento, os trabalhadores utilizam a mobilização subjetiva e coletiva para transformar a organização do trabalho e vivenciar o prazer.

De outro modo, constroem estratégias de defesas individuais e/ou coletivas, muitas vezes inconscientes, para resistir psiquicamente às pressões do trabalho. Elas levam à racionalização e/ou negação da percepção da realidade que faz sofrer, sendo que, nesse caso, não altera a realidade da pressão exercida pela organização do trabalho. A racionalização refere-se à eufemização dos sentimentos de ansiedade, de medo e de insegurança por meio de comportamentos desafiadores, de ignorância e de inconsciência em relação aos riscos. A negação é manifestada pelo não reconhecimento do sofrimento alheio e do próprio, e caracteriza-se pelo comportamento de isolamento, de desconfiança e de individualismo que desagregam o coletivo de trabalho.

As estratégias de defesa individual têm a função de adaptar o trabalhador à realidade geradora de sofrimento, para a resistência psíquica das dificuldades encontradas na realização da tarefa e para o enfrentamento das pressões de tempo e produtividade (Dejours, 1992, 2004). As estratégias de defesa coletiva se organizam por consenso estabelecido entre os trabalhadores e, para sua manutenção, dependem das condições externas que envolvem as relações intersubjetivas de trabalho. Essas estratégias coletivas contribuem sobremaneira para a coesão do grupo de trabalho, para enfrentar a resistência do real de trabalho, para construir sentido na situação de sofrimento gerado pela pressão da organização do trabalho.

Se, por um lado, essas estratégias defensivas são necessárias para a saúde, pois minimizam o sofrimento e mantêm o equilíbrio psíquico do trabalhador, por outro, o seu uso constante pode levar à alienação, bem como ao fracasso enquanto estratégia. Quando isso ocorre, desencadeiam-se distúrbios no corpo do tipo endócrino-metabólicos, perturbações psíquicas e doenças ocupacionais como as LER/DORT e a depressão (Dejours, 1992, 1994; 2001; Ferreira e Mendes, 2003).

Como foi apresentado, as LER/DORT são consideradas uma doença relacionada ao trabalho, uma afecção de natureza multicausal que acomete as extremidades superiores, ocasionando ou não a degeneração dos tecidos. Com início insidioso, tem a dor como o primeiro sinal da alteração orgânica ou funcional do aparelho músculo-esquelético, resultante das reações teciduais às pressões inflamatórias ou degenerativas. Manifestam-se por meio da dormência, peso, parestesias, dores irradiadas, rigidez e limitação dos movimentos pela dor, com repercussão direta no trabalho. As LER/DORT são diagnosticadas como tenossinovite, tendinites, epicondilites, ombro doloroso e cistos sinoviais (Mendes e Cruz, 2004; Miranda, 1998, Martins, 2002, Merlo et. al, 2001).

Os autores Dejours (1992, 1994, 2000), Mendes e Cruz (2004), Lima (1998), Araújo (1998), Veloso (2000), Merlo et al.(2003; 2001) e Martins (2002) estabelecem relação entre a organização do trabalho e o surgimento das LER/DORT. Entre os fatores presentes na organização do trabalho bancário que concorrem para o surgimento das LER/DORT estão: as pressões do tempo e por produtividade, os conflitos intersubjetivos, as exigências dos clientes por um atendimento de qualidade, a manutenção de posturas inadequadas, os modos operatórios rigidamente prescritos e a execução de tarefas repetitivas com conteúdo pobre e sem sentido e monótonas, que levam à aceleração das cadências do ritmo de trabalho, diante de ameaças e constrangimentos por produtividade.

Para Dejours (2000) e Pezé (2002), a etiologia das LER/DORT está na intensificação dos mecanismos de repressão pulsional presentes nas diferentes formas de organização de trabalho. Para eles, a patologia tem sintomatologia somática na relação entre sofrimento psíquico e fragilização do corpo está a combinação de efeitos específicos dos fatores: pressão por produtividade, do tempo e repetitividade. Nesse processo, as conseqüências das pressões não atingem primeiro o corpo, as articulações; o primeiro alvo das pressões é o funcionamento mental.

Para enfrentarem o sofrimento decorrente do desencontro entre seus desejos e necessidades e as imposições da organização do trabalho, os trabalhadores constroem como estratégia de defesa a auto-aceleração do ritmo de trabalho, que se configura como uma via de evasão das pressões e dos conflitos reprimidos e como um modo para abreviar o ciclo de execução da tarefa repetitiva, monótona e sem sentido. A estratégia de auto-aceleração do ritmo de trabalho também é utilizada como um recurso para obtenção de prazer, mediado pela dinâmica do reconhecimento.

A partir do fracasso das estratégias defensivas, o corpo se torna alvo das

descompensações psicossomáticas (Dejours, 1986, 1992, 2000). Nessa perspectiva, o adoecimento por LER/DORT é compreendido não apenas como uma consequência da execução de uma tarefa prescrita e da repetitividade dos gestos. Nele há envolvimento de processos psíquicos na mediação do sofrimento durante a execução das tarefas, dinâmica cujo desconhecimento poderá levar a equívocos tanto na compreensão e determinação da etiologia quanto nas formas de tratamento (Araújo, 1998; Martins, 2002). O adoecimento rompe as estratégias de defesa e sem elas os trabalhadores passam a perceber a dor, os riscos e os perigos da tarefa repetitiva a que estão submetidos. Para continuar no trabalho, eles adotam a estratégia de medicalização da dor que, ao longo do tempo, se torna crônica e dificulta o tratamento.

Desse modo, o sofrimento psíquico antecede a doença física em razão do enfrentamento de um conjunto de pressões e exigências da organização do trabalho, sofrimento que poderá ser mascarado ou ressignificado por meio das estratégias de mediação e pelo reconhecimento. No fracasso dessas estratégias, instala-se o processo de adoecimento que também é acompanhado pelo sofrimento em consequência das pressões, do não reconhecimento da doença, do sentimento de culpa por ter adoecido, da humilhação e da perda do emprego e da identidade.

O processo de reabilitação da capacidade laborativa dos bancários acometidos por LER/DORT configura-se como um desafio. A procura por tratamento, às vezes, é tardia, porque passa pelo reconhecimento da doença pelo próprio trabalhador, que, por medo das consequências psíquicas e perdas materiais, nega os primeiros sinais da patologia: a dor. O longo processo de reconhecimento da doença pelos órgãos competentes, em virtude da multiplicidade de fatores presentes no processo de adoecimento, leva a Perícia Médica do INSS a adotar políticas evadas de desconfiança e que provocam um entrave para a reabilitação profissional.

Apesar de no Brasil a reabilitação profissional estar garantida pela Lei 2.172/97 e pela Resolução INSS/PR nº 424/97, as dificuldades se apresentam, além da fragmentação do processo de tratamento que separa os serviços de reabilitação física da reabilitação profissional, pela desestabilização das estratégias de defesas que comprometem a mediação do sofrimento e têm repercussão na reabilitação da capacidade laboral e no retorno para o trabalho.

O objeto desta investigação preconiza uma relação dinâmica da seguinte forma: a organização do trabalho é uma variável *a priori* para as vivências de prazer-sofrimento no

trabalho. Das vivências de prazer-sofrimento irão originar a construção de estratégias de defesas para mediar o processo de saúde ou de adoecimento por LER/DORT.

O presente estudo tem como objetivo analisar a psicodinâmica do processo de reabilitação da capacidade laboral e profissional em trabalhadores bancários portadores de LER/DORT oferecido pela Unidade Técnica de Reabilitação Profissional do INSS em Goiânia.

Especificamente, propõe:

- ✓ Analisar o processo de adoecimento por LER/DORT no trabalho bancário em homens e mulheres;
- ✓ Descrever as vivências de prazer-sofrimento inerentes ao processo de adoecimento por LER/DORT;
- ✓ Identificar as principais estratégias de mediação utilizadas pelos bancários para enfrentar o sofrimento antes e após o adoecimento por LER/DORT;
- ✓ Analisar o processo de reabilitação profissional realizado na Unidade Técnica de Reabilitação Profissional do INSS em Goiânia;
- ✓ Investigar as possibilidades de reintegração ao trabalho após o processo de reabilitação.

Este projeto tem como tese o entendimento de que o processo de reabilitação profissional apresenta falhas por não considerar as conseqüências psicodinâmicas do processo de adoecimento que comprometem os modos de mediação do sofrimento, proveniente das relações intersubjetivas entre bancários e organização do trabalho. As conseqüências do adoecimento são responsáveis pela persistência dos sintomas da patologia e poderão levar ao fracasso das tentativas de retorno ao trabalho.

A representação gráfica do objeto de investigação está representada a seguir e representa as perguntas do estudo que deverão ser respondidas no final da pesquisa.

4.1 Desenho gráfico do Objeto de Investigação

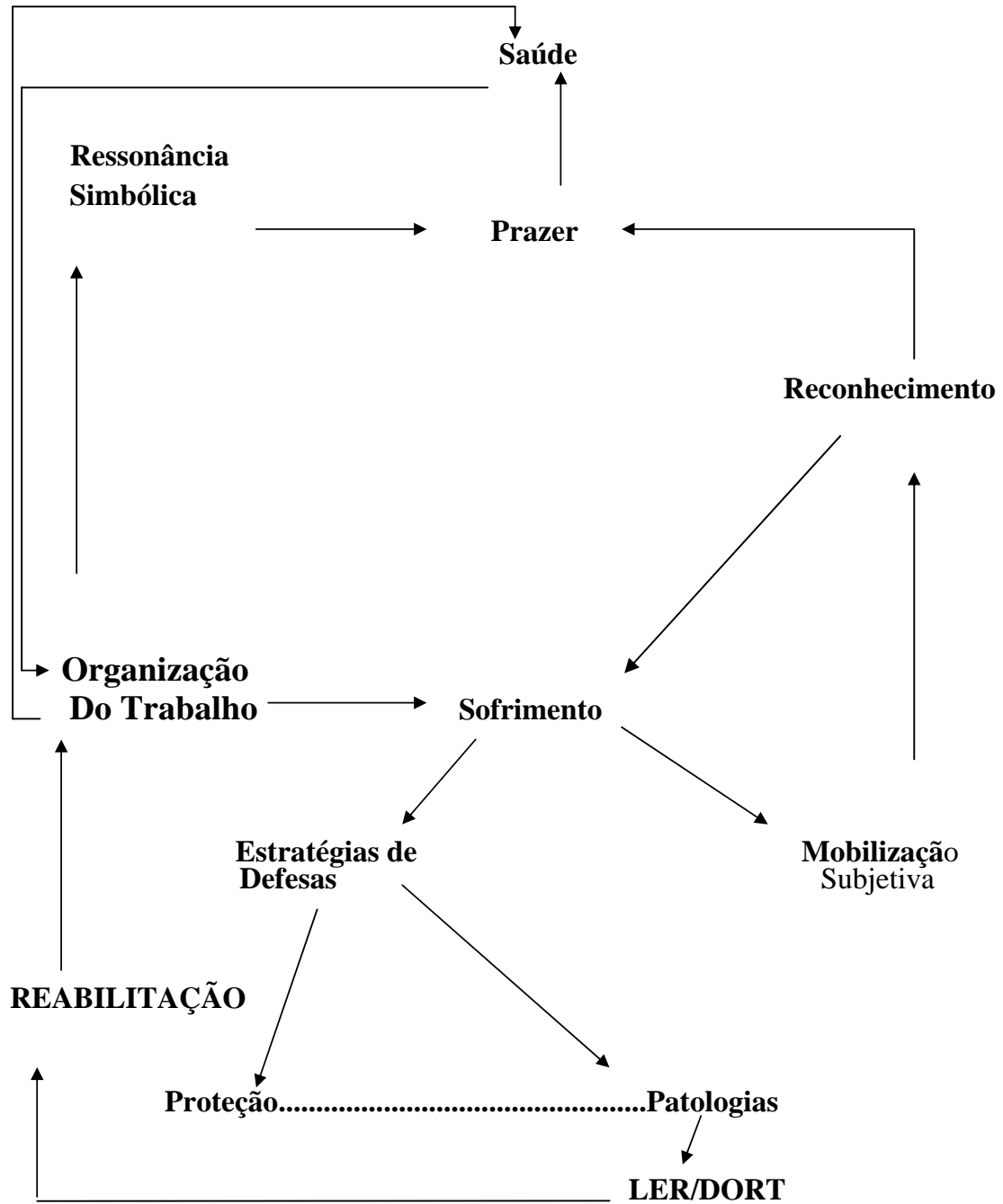


Figura 2: Objeto de investigação

5. METODOLOGIA

A metodologia usada neste trabalho está baseada na Psicodinâmica do Trabalho que, apoiada na teoria psicanalítica, procura desvendar as vivências intersubjetivas de uma categoria específica, a bancária, em relação à organização do trabalho e, assim, ter acesso às mediações que lhes permitem enfrentar as pressões, as dificuldades e os desafios passíveis de gerar saúde e adoecimento.

O acesso às vivências no trabalho é mediado pela palavra do trabalhador; é o espaço da fala que permite a expressão e elaboração da relação sofrimento e prazer no trabalho. Nessa perspectiva, a tarefa não se limita a captar o estado instantâneo das coisas, mas a dinâmica da relação e a construção do sentido, do vivido e do prazer-sofrimento no trabalho (Dejours, 1994; Mendes e Reis Araújo, 2007; Sznelwar, 2004).

Para Mendes (2007), a pesquisa que tem como base a Psicodinâmica do Trabalho, está diretamente relacionada com a clínica do trabalho, que é um modo de revelar as mediações que ocorrem entre o trabalhador e o real de trabalho. A tradução do real passa pela escuta da fala para tornar inteligível a dinâmica das relações intersubjetivas em situações de trabalho.

É nessa perspectiva que se inscreve esta proposta de investigação: *“Reabilitação e reinserção no trabalho de bancários portadores de LER/DORT: análise psicodinâmica”*. Assim, diante da necessidade de aprofundar o conhecimento sobre essa dinâmica e as conseqüências desses dois processos, ainda pouco pesquisados no Brasil, optou-se por realizar um estudo de caso com bancários. Essa modalidade de pesquisa é caracterizada pelo estudo aprofundado da dinâmica de um determinado fenômeno, com vistas à obtenção de conhecimento mais amplo e detalhado sobre o mesmo (Silva, 1999; Gil, 1999; González-Rey, 1999; Fonseca, 1998).

Nesse sentido, privilegiou-se trabalhar com aqueles bancários que estiveram afastados para reabilitação da capacidade laboral e que já possuíam a Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT) emitida pelo banco. Não foi considerado relevante para a pesquisa se eles haviam ou não passado pelo processo de Reabilitação Profissional oferecido pela Unidade Técnica de Reabilitação Profissional do Instituto Nacional de Seguridade Social - UTRP/INSS de Goiânia-GO.

O critério pela emissão da CAT deve-se ao fato de ser um documento oficial, de preenchimento obrigatório pelo empregador para notificar à Seguridade Social a ocorrência de

acidente de trabalho ou doenças relacionadas ao trabalho (Ribeiro, 1999). A sua finalidade principal é fazer com que a Perícia Médica do INSS inicie os procedimentos legais para encaminhamento de benéficos previdenciários que são relativos às patologias do trabalho. Ainda, a emissão da CAT pelo empregador é condição para o ingresso do trabalhador no Programa de Reabilitação Profissional oferecido pela UTRP/INSS, pois indica o reconhecimento, por parte do empregador, donexo causal da patologia com o trabalho.

De acordo com Glina (2001), a Comunicação de Acidente do Trabalho deve ser emitida sempre que o diagnóstico evidencie o papel da situação de trabalho como desencadeante ou agravante do adoecimento e mesmo diante de suspeita do nexoe tiológico e em todos os casos de afecções neuro-músculo-tendino-sinovias adquiridas no exercício das atividades (Monteiro, 1995).

A emissão da CAT pelo empregador, ou por outro órgão competente, nos termos do artigo 142 da lei nº 8.213/92 deverá se realizar até o primeiro dia útil após a data do início da incapacidade, ou a data em que for realizado o diagnóstico (Monteiro, 1995).

Participantes

Inicialmente, a intenção foi trabalhar com seis bancários portadores de LER/DORT, três homens e três mulheres, que já tivessem passado pelo Programa de Reabilitação Profissional da UTRP/INSS de Goiânia-GO. Esses bancários seriam agrupados em três duplas, cada uma delas formada por um bancário e uma bancária, a partir do seguinte critério: a primeira dupla seria formada por bancários com três meses de conclusão do programa de reabilitação profissional, a segunda com seis meses e a terceira com um ano de conclusão do programa de reabilitação profissional.

Cada componente dessas três duplas passaria por três etapas de entrevistas individuais com objetivo de aprofundar o conhecimento sobre a história do adoecimento por LER/DORT, do processo da reabilitação da capacidade laboral, do processo da reabilitação profissional e das vivências do retorno para o trabalho. Ao mesmo tempo em que se pretendia realizar comparações quanto às vivências de retorno relacionadas à variabilidade de tempo de conclusão da reabilitação profissional e às possibilidades de permanência ou não no trabalho.

Contudo, a partir dos primeiros contados com o campo de pesquisa para realizar

levantamentos das informações para a definição dos participantes, de acordo com os critérios estabelecidos, a realidade revelou-se complexa. Isto porque no que diz respeito ao Sindicato dos Bancários de Goiás, campo de pesquisa, não lhe compete o trabalho de acompanhamento do processo de reinserção dos bancários no trabalho, por isso a entidade não tinha a informação demandada. Esse Sindicato tem em seu poder apenas cópias das CATs que lhe são enviadas pelos bancos, quando de sua emissão. A Associação dos Portadores de LER/DORT de Goiás, por se encontrar desarticulada e enfraquecida não contava com dados atualizados sobre os seus associados, da mesma forma que a UTRP também não possuía informações suficientes para que fosse possível localizar os bancários que atendessem aos critérios de pesquisa, porque o acompanhamento da reinserção deles no trabalho não é efetivamente realizado. Por fim, a reticência de profissionais das áreas responsáveis pela assistência aos bancários, de algumas instituições, quanto a fornecer informações sobre seus funcionários lesionados; essa atitude pode ser compreendida como fruto do engajamento na estratégia defensiva do silêncio (Dejours, 2001) também decorrente do medo de possíveis ameaças.

Como afirma Dejours (2007, 2002), o real resiste e se dá a conhecer pela experiência do fracasso, embora este seja um convite para prosseguir no trabalho de descoberta.

Da lista de bancários portadores de LER/DORT fornecida pelo Sindicato dos Bancários de Goiás e mediante contato da pesquisadora com os próprios lesionados apenas duas bancárias incluíram no critério de três meses de retorno para o trabalho; uma com passagem pelo programa de reabilitação profissional oferecida pela UTRP/INSS e a outra pelo programa oferecido pelo próprio banco de vínculo. Os demais bancários, em torno de oito, após longo período de licença previdenciário, para tratamento da saúde, tinham retornado para o trabalho, mas sem passar por qualquer treinamento prévio para ocupar outra função no trabalho.

Ainda, alguns bancários portadores de LER/DORT, quando foram abordados pela pesquisadora, se recusaram a participar da pesquisa porque estavam com pouco tempo de retorno ou estavam tentando retornar ao trabalho, por isso, temiam ser prejudicados e sentiam medo de possíveis retaliações por parte do banco, caso este descobrisse o envolvimento deles na pesquisa.

Diante dessa realidade, decidiu-se por reconsiderar o número de participantes, que passou de seis para quatro, sem que houvesse comprometimento dos objetivos da pesquisa, Ou seja, as entrevistas clínicas foram realizadas de modo a contemplar os processos de adoecimento, reabilitação da capacidade laboral, reabilitação profissional e reinserção no

trabalho e mantendo o critério de exigência da CAT para participação do bancário portadores de LER/DORT na pesquisa.

Assim, fizeram parte da pesquisa quatro bancários provenientes de bancos privados e oficiais, sendo dois bancários e duas bancárias, todos voluntários, portadores de LER/DORT e que ocupavam funções diferentes por ocasião do adoecimento: escriturário-caixa, escriturário-auxiliar administrativo, escriturário-operador de alimentação de dados. Dentre eles, dois possuíam escolaridade de segundo grau completo e dois com curso superior completo. À época da pesquisa, setembro a outubro de 2006, um era solteiro e os outros três casados; e no que diz respeito à faixa etária, o primeiro tinha 38 anos; a segunda, 43 anos; o terceiro, 39 anos; a quarta 42 anos. Em relação ao tempo de trabalho, o primeiro estava há 14 anos no banco; a segunda, 25 anos; o terceiro, 20 anos; e a quarta, 17 anos. Para manter em sigilo, os bancários receberam nomes fictícios de: *João, Alice, José e Maria*.

Também fizeram parte da pesquisa profissionais que estão envolvidos no processo de reabilitação e reinserção ao trabalho dos bancários acometidos por LER/DORT: um médico perito da Agência de Perícia Médica do INSS, com oito anos de instituição; uma médica perita responsável pela Unidade Técnica de Reabilitação Profissional do INSS, há mais de dez anos na instituição; uma Orientadora Profissional dessa UTRP, com dez anos de instituição; uma equipe de fisioterapeutas de uma clínica especializada, e que, segundo os bancários, era a mais procurada para realizar tratamento. Ainda, o Coordenador Nacional do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) de um banco oficial, com 15 anos de instituição; a Gerente Regional da Área de Saúde de outro banco oficial, com 17 anos de instituição; um representante da Área de Saúde do Sindicato dos Bancários de Brasília (DF), há mais de 10 anos na instituição e o chefe do Departamento Jurídico do Sindicato dos Bancários de Goiânia (Go) há mais de oito anos na instituição.

Instrumentos

No que se refere à coleta de informações dos bancários, adotou-se como instrumento de pesquisa a entrevista clínica (Cassell e Symon, 1995; Gaskell, 2002; Mendes 2002, 2007; Dejours, 1994, 2004). Essa escolha deve-se ao fato de a Psicodinâmica do Trabalho ser uma clínica do trabalho; modalidade de coleta de dados em que o espaço de palavra e a sua escuta atenta pelo pesquisador permitem o acesso à dinâmica intersubjetiva entre o trabalhador e a

organização do trabalho, e, assim, perceber aquilo que é fonte de dificuldades, de pressões e de desafios suscetíveis de gerar sofrimento e também prazer. Ao mesmo tempo, permite aos trabalhadores pesquisados elaborarem suas próprias vivências para reapropriação de sentido do trabalho e de sua condição de sujeito.

A entrevista clínica foi orientada pelos seguintes objetivos: aprofundar o conhecimento sobre a história do processo de adoecimento e a dinâmica das vivências de prazer-sofrimento em relação à organização do trabalho na qual os bancários estavam submetidos; aprofundar o conhecimento da dinâmica das estratégias de mediação para enfrentar o sofrimento engendrado pela organização de trabalho, antes, durante e após o adoecimento; conhecer as vivências dos bancários em relação às experiências e expectativas de resultado do processo de reabilitação da capacidade laboral; ainda conhecer as vivências e expectativas dos bancários, portadores de LER/DORT em relação ao processo de reabilitação profissional e de reinserção no trabalho.

Para a coleta de informações com os profissionais envolvidos no processo de reabilitação da capacidade laboral e de reinserção no trabalho dos bancários acometidos por LER/DORT foi utilizada a entrevista individual e aberta; exceto com a equipe de fisioterapeutas que foi adotada a entrevista coletiva e aberta (Cassell e Symon, 1995; Gaskell, 2002; Mendes 2002, 2007). O objetivo dessas entrevistas foi conhecer a posição desses profissionais a partir do lugar em que cada um deles tem contado com os bancários lesionados e do modo como constroem o conhecimento em relação à dinâmica dos processos de adoecimento, de reabilitação da saúde e de reinserção ao trabalho desses trabalhadores. Os roteiros das entrevistas com os bancários e com os profissionais participantes deste estudo encontram-se no anexo.

Ainda, foi realizada análise dos documentos referentes ao Programa de Reabilitação Profissional da UTRP/INSS, com o objetivo de conhecer as exigências e etapas que compõem esse processo e a forma como ele é realizado.

Procedimentos

As entrevistas clínicas com os bancários foram realizadas no Sindicato dos Bancários do Estado de Goiás, em Goiânia, no período de setembro a outubro de 2006. Elas foram conduzidas pela pesquisadora e foi permitido a cada participante a livre expressão de sua

vivência, experiência e sentimento em relação à organização do trabalho, ao processo de adoecimento, de reabilitação da capacidade laboral e profissional, e à volta para o trabalho. A composição do grupo formado por dois bancários e duas bancárias visou, ainda que de modo incipiente, evidenciar que os homens também são acometidos por LER/DORT tanto quanto as mulheres, contrariando assim algumas posições em contrário.

Com os bancários, as entrevistas foram realizadas em horário previamente acordado entre a pesquisadora e os pesquisados, de acordo com a disponibilidade de cada um deles. Elas foram gravadas e tiveram duração em torno de 1h e 40m. Em seguida, foram transcritas, na íntegra, por considerar que, na clínica do trabalho, a fala é o dado essencial para apreensão do objeto investigado, para análise e compreensão (Mendes, 2007).

Com os atores também foram realizadas entrevistas individuais em profundidade, à exceção do grupo de fisioterapeutas que foi realizado entrevista coletiva e aberta. Todas as entrevistas, tanto as individuais como a coletiva, foram conduzidas pela pesquisadora, que permitiu a livre expressão das opiniões sobre os temas em estudo. Elas ocorreram de acordo com a disponibilidade de horário desses profissionais e em seus próprios locais de trabalho, no período de outubro a novembro de 2006; todas foram gravadas e tiveram duração média de 1h e 30m cada, e transcritas na íntegra, também por considerar a fala o dado essencial para apreensão e análise do objeto em questão.

Análise dos Dados

As entrevistas clínicas dos bancários relativas ao processo de adoecimento foram analisadas de acordo com a análise clínica do trabalho, metodologia que está intrinsecamente relacionada à compreensão da psicodinâmica do trabalho. Segundo Dejours (1994, 1999, 2000, 2002, 2004) e Mendes (2007), essa técnica possibilita revelar as mediações das relações intersubjetivas existentes no encontro do trabalhador com a organização do trabalho e as conseqüências dela decorrentes.

De acordo com as discussões e as orientações recebidas de Dejours (2007), para caracterizar e demonstrar a dinâmica das relações que geraram o adoecimento dos bancários por LER/DORT foram adotados os seguintes procedimentos de análise.

- Descrição minuciosa das tarefas realizadas por cada bancário.

- Verificação da defasagem entre a tarefa prescrita e a real, para que se pudesse encontrar os conflitos do bancário com o gerente e os colegas, por causa da forma de trabalhar que é diferente; com os clientes, por causa da dificuldade de atendimento de suas necessidades ; e com os materiais ou equipamentos, que talvez não funcionavam. Se houve conflitos entre o bancário e a hierarquia, por causa da performance produtiva, é preciso identificar como ele reagia, como reprimia sua subjetividade e seus impulsos porque os gestos são os movimentos do corpo transformados em linguagem. Eles não dizem respeito apenas à produtividade, mas implicam também à experiência subjetiva do vivido.
- Identificação das dificuldades concretas do bancário para realizar as tarefas e quais foram as soluções encontradas.
- Identificação do modo como o bancário suportava e enfrentava essas dificuldades, que estão tanto no plano material quanto no contexto de gestão, de direção e de controle.
- Identificação do que dificulta a realização das tarefas: a postura, os erros, as relações sociais de trabalho e/ou as vivências de pressão por parte do gerente ou dos clientes? As normas são mal escritas? São os códigos, as máquinas, os controles, os contrastes?

Considerou-se também que:

- É a partir da identificação do que está em jogo na materialidade do trabalho ou na performance produtiva, que se pode encontrar a sobrecarga de trabalho. Daí então, compreender o porquê do sofrimento e do surgimento de sintomas de adoecimento.
- Das situações de conflitos e de dificuldades é que surgem as vivências subjetivas; a partir das dificuldades para realizar a tarefa e para enfrentar os conflitos é que os bancários vão encontrar as saídas, as soluções, ou seja, as estratégias de defesas.
- É preciso compreender o mecanismo psíquico do trabalhador, que o leva a passar pelo sofrimento no trabalho e pela dor. Se há um sintoma e ele continua trabalhando, por quê? Ele passa por esse sofrimento para evitar uma outra coisa? Por que a pessoa se arrisca a continuar? O que leva uma pessoa permanecer sofrendo e doente no trabalho?

Quais são as implicações da organização do trabalho nesse processo? Existe uma chantagem? É preciso lembrar que a organização do trabalho utiliza o medo dos trabalhadores em benefício da produtividade. Quais são os paradoxos presentes na

fala do trabalhador.

- É preciso remontar as armadilhas do reconhecimento presente nessa decisão para compreender as razões do trabalhador. Para isso, é preciso, primeiro, aprender a pensar como ele, pois a explicação que ele vai dar para o sofrimento e para a patologia e o que se compreende do que ele diz é o certo. É preciso ir ao centro dessas questões.
- As informações anteriores darão acesso ao processo de somatização.

É preciso explicar porque aconteceu a somatização, qual o mecanismo do pensamento, a razão da escolha e do comportamento. Fazer isso exteriormente ao sujeito é irracional, mas do ponto de vista da psicodinâmica tem uma razão de ser, pois permite entender como o trabalhador age psiquicamente em consequência do seu confronto com a organização do trabalho.

Nesse processo, se houver a presença do medo a que ele poderá ser atribuído? É o medo de perder o emprego, das ameaças, das pressões, dos riscos e dos perigos presentes na realização das tarefas? É o medo de não cumprir as metas de produtividade? É o medo dos clientes? Sabe-se que uma parte da responsabilidade do trabalhador que adocece é da organização do trabalho, mas é preciso explicar como isso acontece.

A parte das entrevistas dos bancários referente ao processo de reabilitação da capacidade laboral, da reabilitação profissional e reinserção ao trabalho e, ainda, as entrevistas dos atores participantes deste estudo foram analisadas de acordo com a técnica de Análise do Núcleo de Sentido (Mendes, 2007; Mendes e Reis Araújo, 2007).

Inspirada na análise de conteúdo categorial desenvolvida por Bardin (1977), a análise do núcleo de sentido se caracteriza por um olhar particular sobre os dados. Na organização do material para codificação, por exemplo, abandona a adoção da frequência de ocorrência da unidade de registro para dar lugar ao núcleo de sentido, que é formado a partir dos temas psicológicos presentes nas narrativas. Ainda, essa técnica aproxima-se dos princípios centrais da clínica do trabalho, desvelando mediações, contradições e paradoxos expressos na dinâmica de uma intersubjetividade particular.

Assim, essa é uma técnica própria à pesquisa em clínica do trabalho, pois está fundamentada nos princípios da Psicodinâmica do Trabalho. Optou-se por essa técnica de

análise por se tratar de processos cuja dinâmica envolve as questões resultantes do processo de adoecimento dos bancários e não mais às relações de trabalho em si. Abaixo estão relacionados os procedimentos adotados para realização das análises:

- Leitura do texto (entrevistas) para exploração de seu conteúdo.
- Identificação nas verbalizações com destaque aos núcleos de sentidos que estavam latentes nas falas mediante a sua recorrência de aparição (ou porque se queria negar ou afirmar qualquer coisa) que tinham significado para o objetivo analítico escolhido.
- Os núcleos de sentidos formaram os temas como unidade de análise.
- Os temas puderam ser encontrados em um parágrafo, em uma fala e, às vezes, uma frase. Cada tema foi formado por um núcleo de significação de ordem psicológica.
- O agrupamento dos temas formou a categoria a partir do critério de semelhança e de significado, ou seja, o que cada unidade ou núcleo de sentido tinha em comum com um outro e que permitiu o seu agrupamento.
- A categoria foi constituída a partir do que foi dito, ou seja, procedeu-se uma volta à fala das pessoas.
- A nomeação de cada categoria foi realizada a partir de uma fala da própria pessoa, considerada como portadora de sentido.
- A inferência fez parte da essência da categoria, pois permite que se capte os conflitos veiculados nas falas dos trabalhadores e eles foram retratados na categoria. As inferências também foram estabelecidas de acordo com o objetivo do estudo e com os conceitos teóricos. Na interpretação dos dados procurou-se ir além da explicação dos resultados, mediante o levantamento de hipóteses com base nas inferências.

Os capítulos seguintes apresentam as análises e discussões dos dados.

6. ANÁLISE CLÍNICA DA ORGANIZAÇÃO DE TRABALHO E O PROCESSO DE ADOECIMENTO DE BANCÁRIOS POR LER/DORT

Este capítulo contempla o estudo do processo de adoecimento dos bancários por LER/DORT, de acordo com a análise clínica do trabalho (Dejours, 1992, 1994, 1999, 2000, 2004, 2007). Inicialmente apresenta a descrição das atividades desenvolvidas antes e durante o adoecimento por LER/DORT; em seguida, traz a análise psicodinâmica das relações intersubjetivas entre os bancários e a organização do trabalho na qual estavam submetidos. Por último, apresenta a dinâmica das vivências de sofrimento dos bancários que geraram a construção de estratégias defensivas para o enfrentamento das pressões e imposições da organização do trabalho.

6.1 A Organização do trabalho e o processo de adoecimento

A história do João

Trabalhei em diversas funções no banco e sempre fiz uso da informática; basicamente executava um trabalho técnico. O trabalho com a informática no banco dividiu-se em duas etapas. A primeira, quando eu trabalhei em Brasília; o serviço era desenvolver alguns aplicativos de modo a atender a demanda no setor. O banco tem uma área tecnológica própria, mas eu trabalhava em uma outra área do banco, fora da área tecnológica, onde existia um núcleo de pessoas habilitadas. Como tenho graduação em informática, fiz parte de um grupo para atender as necessidades setoriais e que funcionava da seguinte forma: o gerente, ou o chefe de algum setor, quando precisava, informatizar determinada rotina de trabalho, essa necessidade era repassada para as pessoas desse grupo técnico.

Então, a gente passava ali alguns dias implementando aquelas rotinas do banco, utilizando os recursos disponíveis como os programas. A gente desenvolvia rotinas, aplicativos, automatizando todo aquele serviço. Se o gerente queria que saísse no relatório um determinado tipo de informação, por exemplo, os nomes dos maiores fornecedores do banco e se essa informação não existisse no sistema do banco, ele desenvolvia aquilo ali naquele setor.

Na segunda etapa, eu não fazia mais a automatização de rotinas, tempo em que voltei

a trabalhar em Goiânia. Então, nessa fase, passei a utilizar os recursos da informática como um usuário final do banco naquele setor; os aplicativos vinham prontos e eu os utilizava para trabalhar. Eu passava o dia inteiro fazendo análises de operações; eu estudava as operações realizadas pelas agências do banco e emitia parecer sobre essas operações. Para realizar essa atividade, utilizava os recursos de informática do banco; era um trabalho interno, na área de retaguarda. Para executar o serviço, todo o sistema do banco tem aquele aplicativo para cada tipo de tarefa. Então, era dessa forma que eu passava o dia inteiro trabalhando e utilizando aquela ferramenta que já vinha pronta.

Nessa tarefa eu não desenvolvia nada, era só utilizar o aplicativo como ferramenta normal, como um simples funcionário. Não havia atividade de criação; era só passar o dia inteiro ali colado naquela máquina, mas apenas utilizando aquilo que já estava pronto. Nessa tarefa, eu não desenvolvia nenhum software, nenhum aplicativo. Basicamente, tratava-se de um trabalho técnico: análise de operações que requeria esforço físico e mental. Eu Cumpria uma jornada de nove horas, quando não ultrapassava ainda mais o horário de trabalho, desenvolvendo esse tipo de atividade. Não era um trabalho de atendimento ao público, era um trabalho interno na área de retaguarda (administrativo). Eu não tinha contato nenhum com o público. O público, os clientes eram as agências do banco.

Então, era desenvolvendo trabalho interno, basicamente isso a burocracia da empresa. Quando se analisa qualquer tipo de operação se tem uma cobrança em termos de volume de serviços para a equipe. Quando se chega a um determinado número “x” esse número é cotizado com todos os integrantes e aí a responsabilidade de cada um, a responsabilidade diária é aquela, o que foi designado de acordo com o volume de operações. A cobrança é nesse sentido; a responsabilidade é aquela e tem que andar de acordo com o que a equipe anda. Se caía para cada um fazer dez operações, a cobrança era grande e tinha que, naquele dia, analisar as dez operações. Se eram 15 operações, tinha que dar conta das 15, dentro de seu dia-a-dia. Então, chegava aquela demanda na unidade de trabalho, essa demanda era distribuída pelo chefe de forma igual. Todos recebiam um número “x” e aí cada um tinha que responder até o final do dia por aquilo ali.

Toda empresa, em qualquer local de trabalho que você for, obviamente terá cobrança; eles pagam os funcionários para isso, se é contratado pela empresa, tem que haver cobrança. Na minha trajetória dentro do banco, sempre encarei isso, em grande parte, como normal. Elas deveriam vir, essas cobranças, de forma justa, de forma saudável, de forma que se pudesse também corresponder com aquela cobrança porque cobrança é normal em

qualquer ambiente, seja ele até familiar. Mas houve uma época específica, quando eu retornei de Brasília, que isso aí se tornou uma coisa insuportável. Não era cobrança, mas era uma coisa assim..... a pior época de minha vida. Conheci ali a depressão, o medo, o terror, o temor e a vontade de sair da empresa.

O que pesa é que eu tinha uma história dentro do banco sem nenhuma retaliação, um histórico só de boas indicações, de boa conduta; e, de uma hora para outra, vi a minha vida dar uma reviravolta e pensei em largar tudo. Comecei a conhecer uma série de coisas das quais não tinha conhecimento, como o medo, a perseguição e isso tudo foi na época em que voltei de Brasília para Goiânia. Então, era nesse sentido, essa pressão que extrapolava as relações humanas, e não eram coisas só dirigidas à minha pessoa. Eu tive o azar de encontrar uma pessoa que, na época, dizia que tinha mais intimidade com máquinas do que com gente. Essa pessoa era o gerente, quer dizer, ele era o gerente da unidade comum. Os funcionários eram submetidos a horas assim..... intermináveis de trabalho assim que.... sem razão de ser. Era cobrança que parecia coisa de nazista mesmo. Era comum eu entrar no horário de trabalho, a jornada iniciava às 8h e era comum eu entrar às 07h da manhã e sair às 10h da noite..... sair às 2 horas do outro dia; mesmo tendo passado o dia inteiro aqui e virado a noite, para depois.... virado a noite até às 2h para depois, às 7 horas, ter que entrar de novo. Ameaças constantes do tipo: “Se não cumpre isso ou se fizer isso perde a comissão”.

Então, eu pensei que foi nesse período que começou se eu já não estava doente, adoeci de vez. Fora desse período eu encaro assim, o dia-a-dia, a vida que eu levava no banco, com cobranças normais. Na época, a pessoa chegava e..... sempre pedia algo mais; eu tentava, eu tentava fazer, tentava, tentava. Se a pressão era para ficar depois do horário, até às 10h, eu tentava, como todo o mundo da equipe fazia isso; só que... fazer isso um dia, dois, três dias, um mês..... e fazer isso quase que um ano. Eu aceitava passivamente, passivamente. É o que acontece hoje é... havia como se diz... um é..... você está calado, por quê? Havia aquela questão de pôxa! Emprego está tão difícil e cheguei até aqui..... quer dizer, tá ruim com isso aqui, pior sem isso aqui, sabe? Então, de certa forma não havia resistência, não havia..... aceitava passivamente porque..... Achava que não valeria a pena, de repente, assim insurgir contra isso porque poderia ser pior. Então, eu aceitava passivamente e tentava atingir aquilo ali, tentava superar.

Particularmente, eu achava que na ia conseguir, não conseguir. Estava envolvendo muita coisa.....eu não tinha mais qualidade de vida; passava o tempo todo dentro do banco,

feriado e final de semana sempre estava ali o tempo todo e nunca tinha passado por isso no banco; 14 anos no banco e nunca tinha passado por isso. As cobranças sempre existiram, as cobranças normais....mas o que não pode é extrapolar. Nessa época aí não consegui; então resolvi sair, abandonar, ir para outro lugar. Foi a época que tive uma crise depressiva tremenda e pensava o tempo todo em largar tudo. Mas, no início, eram as dores; sentia dor; ali num ritmo de trabalho intenso; às vezes, tomava um analgésico e achava que estava tudo bem e continuava. Hoje não sentia dor, mas amanhã sentia e o analgésico ia fazendo aquela cura imediata, né? Estava tratando não a doença, estava tratando a dor.

Em 2004 tive uma crise maior e aí procurei um atendimento na própria unidade do banco, que tem a unidade médica. Mas a decepção com o banco foi tremenda porque na hora que mais precisei não tinha ninguém. A única coisa é ter que voltar rápido para o trabalho. Então, nessa época, tive a primeira crise de dores na região do ombro, no braço e a dormência e tal. O que fizeram sempre foi receitar remédios e mandar de volta para trabalhar. O afastamento foi só um ou dois dias e depois voltei. Aquele ritmo não podia parar e eu continuei trabalhando, pois não podia parar de trabalhar. Existia também aquele medo de que se pára é mal visto; você é....., há o preconceito e você ser descartado.

E aí passou o ano de 2004 com isso e fui administrando, administrando isso e no final de 2004, mais ou menos no segundo semestre, pedi para mudar de função porque estava esgotado, estava esgotado mentalmente, fisicamente e pedi para ser mudado de função porque estava tendo dores e elas não passavam não. Quando foi em 2005, mais ou menos em outubro, tive uma crise maior; a mão direita já estava quase paralisando os movimentos, o formigamento, a perda da força e todas as características da doença. Só então é que fui me submeter a uma série de exames. Antes, procurei novamente a unidade médica do banco e foi aquela resistência de...dizer que estava doente. A preocupação deles era de me colocar no trabalho de novo, entendeu? A preocupação do banco era de fazer voltar para o trabalho e não dizer o que eu tinha, ou de afirmar que estava doente e que deveria submeter a tal e tal tratamento. Aí procurei atendimento particular, fiz os exames e todos acusaram; levei os exames para o banco e aí iniciaram o meu afastamento.

Inicialmente, tem-se a descrição das características da organização do trabalho bancário em dois contextos distintos.

Primeiro, a vivência de uma organização do trabalho em que o bancário executava a

tarefa de criação de programas, pois tem “*graduação em informática*” e lidava com automação bancária. Juntamente com o grupo da área tecnológica do banco, ele desenvolvia aplicativos para serem usados pelos seus clientes (internos do banco).

De acordo com o relato, “*o gerente ou o chefe de algum setor, quando precisava informatizar determinada rotina de trabalho, essa necessidade era repassada para este grupo*”. Nessa atividade, o trabalhador tinha autonomia, liberdade, margem de manobra para a adequação das exigências da organização do trabalho em concordância com as suas necessidades e seus desejos. Portanto, pode-se presumir a vivência de prazer no exercício dessa atividade, conforme explicações sobre a realização da tarefa: “*A gente passava ali alguns dias implementando aquelas rotinas mediante os recursos disponíveis*”; também [...]“*desenvolvia aplicativos e automatizava todo aquele serviço*”. Ainda, “*se algum gerente queria que saísse no relatório determinado tipo de informação, por exemplo, os maiores fornecedores do banco, a gente desenvolvia aquilo ali naquele setor*”.

Assim, pode-se afirmar que o seu encontro com os desafios e objetivos da organização do trabalho fez eco, simbolicamente, com sua curiosidade e seu desejo (Dejours, 1994). O bancário fazia parte de uma situação de trabalho em que havia espaço para a discussão de idéias e opiniões em relação ao trabalho que executava. Tratava-se de uma organização do trabalho onde era permitida a utilização da inteligência, do pensamento reflexivo, do conhecimento e da inventividade quando o psiquismo e os gestos corporais agiam conjuntamente para a expressão da dramaturgia própria à tarefa e para a produção de sentido, tornando o trabalho fonte de prazer e de identidade.

Em seguida, a descrição das vivências na atividade de análise de operações bancárias. Esta tarefa foi relatada como diferente da anterior, em razão de se tratar de uma organização do trabalho em que as normas, as regras se apresentavam rígidas, ou seja, burocratizadas. As prescrições para realizar as análises das operações eram elaboradas por uma instância superior à agência, por isso, elas vinham prontas para serem seguidas, obedecidas. Nesse caso, essas prescrições não permitiam adequações e nem possíveis ajustes em relação às necessidades, às habilidades e aos desejos desse trabalhador.

Isso está expresso nos seguintes relatos: “*Eu utilizava os recursos da informática como usuário final do banco; já vinham os aplicativos prontos e eu os utilizava para trabalhar*”. “*Eu passava o dia inteiro fazendo análises de operações, eu estudava as operações realizadas pelas agências, emitia parecer sobre estas operações*”. “*Neste tipo de atividade, utilizava os recursos da informática da empresa, era um trabalho interno, na área*

de retaguarda”. A inversão de posição - anteriormente na atividade de criação e agora na de execução - gerou vivência de insatisfação, de tédio e de conflito em decorrência da subutilização da capacidade e habilidade para a realização da tarefa.

Desse modo, esse bancário passou a executar uma tarefa com cobrança diária por produtividade, com pressão de tempo, com modo operatório preestabelecido e sob forte controle e vigilância da chefia imediata: *“Eu passava o dia inteiro trabalhando e utilizando aquela ferramenta que já vinha pronta”* [...] *“passava o dia inteiro ali colado naquela máquina, apenas utilizando aquilo que já estava pronto”*.

Nesse relato, nota-se a presença de sentimento de indignação por não ter participado da elaboração do instrumento que devia usar: *“A gente não desenvolvia nenhum aplicativo”*. *Tratava-se de um trabalho técnico, análise de operações, que requeria esforço físico e mental*“. Nessa tarefa, o bancário afirma que *“ficava nove horas, quando não ultrapassava ainda mais o horário”* ; *“eu não tinha contato nenhum com o público, os meus clientes eram as agências do banco”*; *“eu desenvolvia um trabalho interno, basicamente burocracia da empresa”*. O bancário manifesta a insatisfação por realizar uma tarefa que considerava medíocre, que não permitia o uso da sua criatividade, de seu pensamento e, ainda, de ser submetido à intensificação da jornada. Trabalhar naquele local onde eram feitas as análises de operações bancárias o impedia de ter contato com pessoas diferentes, de se expressar e exercitar suas competências. Ou seja, estava em um ambiente de trabalho que reprimia sua subjetividade.

Nesse sentido, expressa a vivência de sentimento de desqualificação, pois ele se refere não somente ao esforço muscular, mas também à dificuldade de ordem psicossocial para executar a tarefa. Implícito nesse discurso está a indignação de executar uma tarefa sem investimento afetivo e que exigia produção de esforço e de vontade acima de sua capacidade. A tarefa não lhe oferecia conteúdo significativo e, por isso, representava uma dificuldade para sua realização (Dejours, 1992), que fica clara quando se refere ao *“esforço físico e mental”* empregados na realização de análise das operações do banco.

Para esse bancário, a tarefa era um peso, um esforço muito grande para dar conta de enfrentar a intensificação da jornada e as pressões por produtividade. Essa situação era agravada por se tratar de uma organização do trabalho marcada pela rigidez do prescrito e pela ausência do espaço para a discussão das contradições e das dificuldades, o que aumentava o seu sofrimento.

Quanto à cobrança por produtividade e ritmo/cadência de trabalho, o bancário afirma que *“tinha uma cobrança em termos de volume de serviços para a equipe, quando você chega a um determinado número “x” esse número é cotizado entre todos os integrantes e a responsabilidade diária é aquela”* [...] *“você tem que andar de acordo com o que a equipe anda”*. Ou seja, uma estruturação do tempo de produção que privilegiou o ritmo mais rápido e o impôs aos demais (Dejours, 1992). O ritmo e o volume de trabalho eram determinados a partir do resultado alcançado por um colega da equipe que conseguia realizar um maior número de análises em menor tempo.

Assim, *“se caía para cada um fazer dez análises de operações, a cobrança era grande e você tinha que, naquele dia, analisar das dez; se eram 15, você tinha que dar conta das 15”* [...] *“tinha que responder até o final do dia por aquilo ali”*. A partir de então, a vivência de pressão intensificava. A estratégia adotada pela chefia da área, de estabelecer como meta o maior resultado obtido pelo grupo foi uma forma de acelerar o ritmo de trabalho para aumentar a produtividade. Dessa iniciativa resultaram a competição, a rivalidade e a desconfiança entre os colegas, porque um passa a espionar o outro para verificar quem está produzindo menos ou mais. Essa é uma estratégia de gerenciamento que cerceia o livre engajamento do corpo para o agir expressivo e, por conseguinte, o exercício da subjetividade (Dejours, 2000).

Nessa direção, as relações de trabalho entre esse bancário e o gerente tornaram-se conflituosas. Para o bancário, as cobranças vindas da chefia tornaram-se intoleráveis: *“Houve uma época específica em que elas se tornaram uma coisa insuportável”*. Ele fala de um período em que *“foi a pior época da minha vida, eu conheci a depressão, o medo, a perseguição, o terror, o temor e a vontade de sair da empresa”*. [...] *“era uma pressão que extrapolava as relações humanas”*. A partir de então, a vivência de sentimento de decepção, de irritação, de medo e de injustiça em relação à forma de gestão implicou em mais sofrimento.

Segundo conta, *“tivemos o azar de encontrar uma pessoa que dizia ter mais intimidade com máquinas do que com gente”*. E mais, *“a gente era submetido a horas intermináveis de trabalho”*[...] *“era cobrança que eu acho que era coisa de nazista mesmo”* [...] *“era comum entrar às 7h da manhã e sair às 10h da noite, sair às 2h da madrugada do outro dia, sendo que você passou o dia inteiro aqui e virou a noite”*. Nessa situação surge a indignação diante da postura do gerente que preferia as máquinas aos homens - talvez por que elas se submetiam sem reclamar? Se ainda não bastasse, a forma de gestão adotada pelo

gerente é comparada ao terror, à tortura dos campos de concentração nazista, onde o general ditava as ordens sob ameaças constantes de punições: “*Se não cumpre isso, ou se fizer isso, você perde a comissão*”. De um lado, o zelo do gerente no trabalho, o seu consentimento em infringir ameaças e sua colaboração em participar da intensificação do trabalho; de outro, a submissão do bancário a essas determinações. Como afirma Dejours (2001, 2007), há situações de trabalho que se assemelham às de guerra, tanto na tortura física quanto na psíquica.

Mediante esses relatos, o conflito com a hierarquia evidencia a grande dificuldade encontrada pelo bancário na realização das tarefas, provavelmente em decorrência da pressão por produtividade e da defasagem entre a tarefa prescrita e a tarefa real, que gerava formas de trabalhar diferentes. De um lado, o gerente que pressionava para o cumprimento das normas e das metas, que controlava e mantinha a vigilância dos gestos e da engenhosidade desse trabalhador, pois “se não cumprir isso” (o prescrito) ou “se fizer isso” (do seu jeito) e se utilizar o seu próprio conhecimento, a sua inteligência, a sua criatividade, a intimidação e a punição estavam presentes: “*perde a comissão*”. Por outro lado, o bancário que encontrava dificuldade para realizar a tarefa efetiva em decorrência do bloqueio de sua inteligência prática, de não poder expressar suas discordâncias em relação ao prescrito, que não permite ajustes diante da situação real.

Desse modo, o engajamento para realizar a tarefa e a mobilização para produção foram obtidos não pelo próprio desejo, mas consentido sob a ameaça de perda da comissão, pelo medo da exclusão do trabalho e pelas possíveis perdas psíquicas. Neste último caso, está a perda das possibilidades de obtenção de reconhecimento, principalmente naquilo que contribui no registro da identidade profissional: “*Ir contra isso aí poderia ser pior*”; “*tá ruim com isso, pior sem isso*”. Até certo ponto, permanecia a disciplina da fome (Dejours, 2000, 2004).

Diante dessa situação, afirma esse bancário: “*se eu não estava doente, eu adoeci de vez*”; “*a pessoa chegava em você e sempre pedia algo mais. Eu tentava, eu tentava fazer, eu tentava*”; “*se a pressão era para ficar depois do horário, até às 10h da noite, eu tentava*”; “*só que fazer isso um dia, dois, três dias, um mês..... e você fazer isso quase um ano*”. Contudo, ele disse que enfrentava essas dificuldades, essas pressões passivamente e calado.

Assim, o enfrentamento de uma situação contínua de pressão por produtividade, com a intensificação da jornada, a relação conflituosa com o gerente e a impossibilidade de expressar sua subjetividade transformaram-se numa situação de “*terror*”, de sofrimento para

o bancário. E “*ficar calado*” se presta mais ao trabalho monótono, que se mantém pela repressão da atividade psíquica (Dejours, 1992, 2000).

O paradoxo está no discurso do bancário, que diz que aceitava as pressões “*passivamente*”, mas que, na realidade, não tinha uma atitude de passividade porque continuou trabalhando muito. E o fato de trabalhar muito foi uma resposta às pressões e evidencia o uso de estratégias para o enfrentamento das pressões e dos conflitos. A auto-aceleração permitiu criar uma dramaturgia na relação com a máquina e também como forma de obtenção de visibilidade de seu esforço (Pezé, 2002). A partir de então, a indicação de sinais de insatisfação se exprimem no cansaço, na fadiga: “*Eu passava o tempo todo dentro do banco, feriado e final de semana; as cobranças sempre existiram, mas o que não pode é extrapolar*”.

Nessa situação, as dores sinalizavam o começo do processo de adoecimento. Porém, o ritmo intenso de trabalho e os analgésicos cuidavam para que esses sinais que vinham do corpo e a angústia proveniente dos conflitos fossem anestesiados, negligenciados. A performance produtiva tinha que continuar, como afirma o bancário: “*Hoje não sentia dor, mas amanhã sentia e o analgésico ia fazendo aquela cura imediata*”. Assim, a medicalização e a aceleração das cadências cumpriam o papel de defesa.

Porém, a estratégia de aceleração da cadência para o aumento da performance foi vencida pelo adoecimento: “*Eu tive uma crise de dores na região do ombro, no braço e a dormência e tal*”. A procura por atendimento médico na própria unidade médica do banco causou sentimento de decepção. A dor é um sofrimento invisível, portanto, não tem *status* de doença. No trabalho, o sofrimento mental é inaceitável, só a doença física é considerada (Pezé, 2002, Dejours, 2000); por isso, a medicalização imediata e a recomendação de “*volta rápida para o trabalho*”. O afastamento do trabalho foi por apenas “*dois dias*” porque “*aquele ritmo não podia parar e eu continuei trabalhando, eu não podia parar de trabalhar*”. A auto-aceleração do ritmo ainda fazia o papel de anestésiar a dor para trabalhar e impedir a tomada de consciência de sua situação no trabalho.

E assim, a aceleração dos movimentos, além de estratégia de defesa para manutenção dos atos de eficiência se transformou em gestos que adquiriram valor de dramaturgia. O movimento do corpo como uma linguagem endereçada a outrem, como uma estratégia para a busca de seu olhar para a obtenção de reconhecimento pelo engajamento no trabalho (Pezé, 2002). Nesse processo, a dinâmica do reconhecimento teve seu lugar no equilíbrio entre prazer e sofrimento no trabalho.

Quando o bancário afirma que “*não podia parar de trabalhar*”, o que moveu essa decisão foi o “*medo de que se você pára, você é malvisto*”. Ou seja, o afastamento do trabalho, por doença, impediria que sua dramaturgia produtiva, seu engajamento no trabalho fossem vistos, ou malvistas pela chefia. O olhar do outro, neste caso da chefia, é que desempenharia o papel de designar atributos de utilidade, de qualidade e de beleza ao seu trabalho, o que lhe poderia conferir reconhecimento.

Também relata que tinha medo do preconceito que ainda envolve o trabalhador acometido por LER/DORT, pois nos estágios iniciais a invisibilidade da dor desperta suspeitas quanto à sua existência. Além disso, essa patologia tornava-se um obstáculo para a continuidade das cadências, das performances produtivas e se é descartado. Por isso, o medo do preconceito que envolve a relação doença e trabalho, o sentimento de culpa por ter adoecido, a vergonha de ter de afastar o corpo do trabalho, de ser malvisto, de ser descartado das oportunidades do trabalho levaram esse bancário a passar pela dor.

Por fim, afirma que passou o ano de 2004 “*administrando isso, administrando*”; fez uso das estratégias de defesas para não se render aos sintomas das LER/DORT, para lutar contra a percepção consciente da dor. Mas, afirma que: “*no segundo semestre eu pedi para ser mudado de função porque eu estava esgotado mentalmente e fisicamente*” [...] “*eu estava tendo dores e elas não passavam*”. Só então, quando a fragilização do psiquismo e do corpo levaram à vivência de esgotamento de suas forças e de fadiga, quando as dores deixaram de fazer o papel de alerta é que se submeteu “*a uma série de exames*”.

Porém, por se tratar de uma patologia que sugere denominações genéricas e de difícil determinação do nexos causal com o trabalho, o bancário encontrou resistência para a confirmação do diagnóstico, agravado pela dificuldade do médico do trabalho de fazer a passagem do sofrimento psíquico para a dor física. Na percepção do bancário, “*a preocupação*” dos médicos era “*me fazer voltar para o trabalho e não me dizer o que eu tinha*”. Porém, mediante atendimento médico particular, *os exames acusaram* a presença da patologia e *iniciou o meu afastamento*. Assim, o trabalho, em vez de oferecer oportunidade para o desenvolvimento das potencialidades e habilidades do bancário, tornou-se causa de esgotamento.

A descrição das tarefas efetivas, em dois momentos diferentes, leva a crer que, no primeiro momento, a tarefa era portadora de um conteúdo simbólico e permitia a esse bancário expressar sua subjetividade, inventividade e inteligência. Nesse caso, a tarefa era fonte de prazer. No segundo, a organização do trabalho impedia o investimento da

competência, da criatividade. Nela estava presente a indicação de enfrentamento de duas situações difíceis: a primeira, quando executava uma tarefa sob pressão de tempo e de produtividade, com conteúdo sem sentido e com ausência de significação dos gestos, que se tornaram inúteis, vazios de sentido e fonte de adoecimento. A segunda, a indicação de conflito com o gerente por causa das pressões e pela forma de trabalhar diferente. Entre a tarefa prescrita e a tarefa efetiva há uma defasagem e é justamente nessa defasagem que o trabalho ocorre. Dessa defasagem poderão surgir conflitos, em razão da forma encontrada de trabalhar diferente, acrescida pela pressão por produtividade. Diante dessas situações de sofrimento, a auto-aceleração como estratégia defensiva funcionou como via de evasão da subjetividade reprimida. Nesse caso, o desencadeamento da doença – as LER/DORT, inscritas como patologia de sobrecarga – poderá ter sido decorrente do processo de somatização das pressões e dos conflitos no trabalho.

A história da Alice

Comecei no banco como digitadora, depois passei para operadora de alimentação de dados. Na digitação eu fiquei uns cinco anos, uns seis anos. Lá, a gente fazia rodízio de tarefas, mesmo sem ter o cargo, sem receber comissão. Mas o básico era digitação. Eu digitava dados de informações do trabalho bancário, como: valores de depósitos, valores de débito na conta dos clientes; digitava valores referentes ao pagamento de serviços públicos, valores de pagamento de título bancário de empréstimos de dinheiro, etc; eu digitava dados/informações no computador, por exemplo, débito de um cheque: o número do banco que está escrito no cheque, o número do cheque, o número da conta cliente, o valor do cheque, e depois fazia a finalização dessa operação, confirmava as informações digitadas; Eu digitava os dados de todos os documentos: o número, o código do documento, o número da conta do cliente para realizar o débito ou o crédito, o valor do documento.

Tudo é com horário, tal rotina só é processada até tal hora. E cada documento tem características diferentes porque tratava-se de operações diferentes. A quantidade de documentos era muito grande por dia e havia pressão de horário; eu vivia apertada, realmente. Quando havia pouca automação, o sistema era mais moroso, não havia intervalos que nem hoje. Então, eu digitava direto, mas não era só lá; era em todo lugar. Foi acontecer a mudança por causa das LER; nessa época, eu já tinha medo, mas não podia imaginar que fosse existir um dia. Às vezes, eu percebia a dor, mas seu tomava um medicamento e a dor passava e conseguia trabalhar. As dores começaram assim, sabe? Quer dizer, assim é de

fácil solução; eu acho que custou muito a agravar. O meu quadro agravou de uma vez, estava muitos anos na profissão. Havia no banco um relatório mensal que publicava o nome do empregado que era campeão produção. E cada vez que alguém ganhava tinha um dia de folga no ano. Eu fui campeã de produção várias vezes; ganhei todas as competições por produtividade. Era difícil me pegar; eu era uma boa trabalhadora, mas a gente era muito boba. Eu não conseguia trabalhar concentrada, mas a minha quantidade de erros era mínima; a minha agilidade era impressionante.

Depois eu fui promovida para o posto de operadora de sistema de dados, alimentadora de dados, eu encaminhava todo o movimento. Nessa tarefa, sob minha responsabilidade eu devia enviar todos os documentos que foram digitados no dia para o processamento de dados. Todo o trabalho de digitação de dados que os trabalhadores faziam eram enviados para mim. Há um grupo de trabalhadores que executa a tarefa de digitar os dados dos cheques, outro grupo que faz a digitação dos dados dos pagamentos dos títulos bancários, outro digita o desconto etc. Eu fazia a finalização dessas operações no computador: primeiro, tirava uma listagem dos documentos que foram digitados, que pertenciam a uma tarefa específica; depois, conferia as informações, manualmente, de cada documento com os dados digitados, verificava se não havia erros de digitação, se houvesse deveria fazer a correção.

Em seguida, no computador, eu reenviava a listagem contendo as informações para o processamento de dados para efetuar os débitos ou os créditos na conta dos clientes/empresas. Cada tarefa é realizada sob pressão de tempo; por isso, a gente vivia pressionada e também havia pressão por produtividade. Então, eu trabalhava todo o tempo sem parar. Em uma certa época, eu percebia menos a dor nos braços; eu tinha a dor, mas eu não sou muito sensível à dor; Eu nunca fui muito sensível; me faltou um pouco de sensibilidade, talvez essa doença não tivesse acontecido. Mas eu não conseguia; eu não posso, mas talvez a dor não tivesse se agravado. Eu comecei a trabalhar com 18 anos de idade, a minha formação profissional foi no banco. Desde o primeiro dia de trabalho, no banco, as regras, as normas são impostas e elas são claras. Você vai aceitar trabalhar assim? Vou. Eu precisava trabalhar, eu preciso. Então, a gente não estranha e acha tudo natural. Mas é um trabalho envolvente; e como ele é envolvente a gente vai sentir depois.

Depois, eu passei a ocupar um outro posto de trabalho; Eu ocupei o posto de subgerente dos serviços terceirizados porque a tarefa de digitação de dados foi terceirizada. Hoje, a tarefa de digitação de dados é toda terceirizada. Eu era gerente da parte

terceirizada, mas continuei trabalhando com o computador porque eram muitas empresas que prestavam serviços para o banco. Nessa época, eu tinha treze (13) empresas sob a minha responsabilidade; eu tinha que fazer, mensalmente, relatórios e gráficos de acompanhamento do volume dos serviços executados por cada empresa responsável pelo serviço terceirizado. Cada relatório era feito no computador; para isso, eu pegava as informações nos documentos que as empresas enviavam e lançava os dados no computador.

Após a realização desses relatórios, eu fazia o gráfico segundo as informações enviadas pelas empresas quanto ao volume de processamento realizado. Depois da realização dos gráficos, eu tinha que efetuar o pagamento dos serviços realizados pelas empresas terceirizadas. Cada gráfico de acompanhamento de serviço era feito no computador. Após a realização desses gráficos, eu tinha que encaminhar o documento para o departamento financeiro para efetuar o pagamento dos serviços. Então, qualquer erro no serviço exigia uma correspondência; eu fazia o rascunho, manualmente, e depois eu digitava, embora eu não tivesse a obrigação de digitar essa correspondência, mas como era muita, as atividades eram muitas. Quando havia qualquer erro em algum documento eu tinha que fazer uma correspondência para a empresa para comunicar tal erro. Eu tinha que fazer toda a tarefa porque estava sob a minha responsabilidade. Então, todos os dias eu era obrigada a ajudar os meus colegas a fazerem os gráfico, de forma que eu jamais me livrei do computador. Então, se não saía a culpa seria minha; a responsabilidade seria minha; a responsabilidade do setor é minha. Eu suportei muito porque eu não sou sensível. Quando eu percebi, já estava perdendo os movimentos do braço, tinha síndrome de impacto, já havia problemas na minha coluna, bursite e problemas no túnel do carpo. Quando verdadeiramente a doença se agravou, o meu lado direito estava comprometido.

Depois, eu fui trabalhar na área de produtos, na área de instalação de programas; nas empresas, por exemplo, o banco fornece para as empresas a instalação de programa para que ela mesma possa efetuar alguns serviços, como a folha de pagamento dos funcionários e para que ela mesma possa efetuar a sua cobrança. Então, o banco oferecia esses serviços para as empresas que são clientes dele. A partir da demanda, eu ia à empresa e instalava o programa que a empresa necessitava: folha de pagamento de funcionários, cobrança e outros; eu instalava o programa no computador da empresa, ensinava uma pessoa da empresa como ela deveria alimentar o programa com as informações, como obter os relatórios, enfim, como gerar as informações necessárias para a empresa. Esse trabalho demandava tempo e eu tinha que ensinar e esclarecer todas as dúvidas em relação ao

funcionamento do programa.

Para fazer esse serviço, ir até às empresas, eu tinha que carregar uma maleta muito pesada contendo disquetes e CD de todos os programas, além do CD do Windows. Às vezes, eu chegava em uma empresa e o Windows não estava completo. Aí, eu tinha que, primeiro, instalar no Windows os componentes que faltavam para fazer funcionar o programa. Por isso, eu carregava uma maleta muito pesada porque nunca sabia o que ia faltar; tinha que levar comigo disquetes/CDs do Windows e de todos os programas para serem instalados. Mas era um trabalho bom, porque eu estava a cada dia em um lugar diferente. O que complicava um pouco é que a pasta/maleta que eu carregava era um pouco pesada. Até aqui eu continuava com dor, mas suportava, eu suportava. Eu suportei muito. Por isso, eu digo que não sou muito sensível. Agora, você só vai jogando carga; já está ruim e você vai achando que está bom. Aí chega uma hora que o organismo grita. Eu acho que eu pequei nisso.

Ao longo da descrição das tarefas constata-se que a referida trabalhadora sempre ocupou funções relacionadas ao sistema de processamento de dados bancários, trabalho informatizado em um banco privado: “*Eu comecei como digitadora, depois passei para operadora de alimentação de dados*” [...] “*Na digitação eu fiquei uns cinco anos, uns seis anos*”.

O relato apresentou as características importantes dessa tarefa, que são a cadência, a repetitividade dos movimentos e a pressão de tempo e por produtividade. A tarefa era digitar informações do trabalho bancário referente à movimentação diária das contas dos clientes. A bancária afirma que “*cada documento tem características diferentes porque se trata de operações diferentes*”. Ela diz ainda que “*a quantidade de documentos era muito grande por dia e havia pressão de horário*” [...] “*a gente vivia apertado*”, por isso, “*eu digitava direto*”. Nesse caso, ocorreu a intensificação do ritmo de trabalho e da aceleração dos gestos para responder às pressões por produtividade.

A partir desse relato, se antevêm as dificuldades encontradas para realizar a tarefa. Além da sobrecarga de trabalho, havia o possível conflito intrapsíquico em relação ao conteúdo da tarefa repetitiva, a dificuldade de ajustamento da própria subjetividade às características desse tipo de tarefa.

Ao longo do tempo, submetida a uma tarefa automatizada, monótona e sob pressão de

tempo, foi melhor para a trabalhadora bloquear o seu pensamento e anestesiá-la a dor sentida para suportar as pressões por produtividade: “Às vezes, doía, mas eu tomava um medicamento, a dor passava e eu conseguia trabalhar”. A medicação, como uma estratégia de negação dos sinais de sofrimento e adormecimento para suportar as dificuldades desse trabalho, levou-a ao estado de cronização da doença.

Para Dejours (1999), analgésicos, anti-inflamatórios e outros recursos são meios para se conseguir manter a saúde estabilizada, ou seja, em estado de normalidade. No caso em questão, a bancária usava a medicação para atenuar a dor sentida nas articulações dos membros superiores, tão necessários para a execução de suas tarefas. Como afirma: “Nessa época, eu já tinha medo, mas eu nem podia imaginar que fosse existir LER. As dores começaram, mas custou muito a agravar; o meu quadro agravou de vez e eu já estava há muitos anos na tarefa”. Segundo Dejours (1992, 1994, 2001), o medo engendra estratégias de defesas e como está expresso no relato a bancária afirma que tinha “medo da LER” pelo preconceito e exclusão que ele causa. Após o adoecimento a permanência no trabalho, apesar das dores, foi possível graças ao uso constante de medicamentos. E assim, essa bancária só se deu conta do estado avançado da patologia quando as estratégias de defesa – auto-aceleração e medicação – não cumpriram mais o seu papel de anestesiá-la a dor.

Para a execução de uma tarefa repetitiva e sob pressão de tempo, a aceleração da cadência dos movimentos foi uma estratégia para o enfrentamento das dificuldades, como está expresso na seguinte fala: “Cada tarefa é realizada sob pressão de tempo, por isso a gente vivia pressionado e também havia pressão para produtividade. Então, eu trabalhava todo o tempo sem parar”.

A instituição financeira, no seu afã de aumentar mais ainda a produtividade de seus trabalhadores, instituiu um programa de premiação por produtividade que, ao mesmo tempo, desencadeou um clima de competição entre os colegas de trabalho. O banco publicava um relatório mensal, com o nome dos trabalhadores campeões de produção; e aquele que conseguisse atingir a meta estabelecida obteria um dia de folga no ano. A referida bancária foi campeã de produção “várias vezes”. “Eu ganhava todas as competições por produtividade, era difícil me pegar”.

A partir dessa última frase percebe-se a vivência de prazer conseguida com uma certa autonomia proporcionada pela agilidade na execução das tarefas, já que a organização do trabalho em que estava inserida não permitia manobras para adequações às suas necessidades. Contudo, se engajou na dinâmica competitiva da organização do trabalho e competiu com os

colegas o tempo todo para a obtenção de premiação, ou seja, de reconhecimento. Nesse processo, afirma que não conseguia trabalhar concentrada, dado que a intensificação das cadências se tornou mais rápida do que o pensamento (Dejours, 2000, 2007); ela não podia pensar no que estava fazendo para não errar. Agora, se lembra da dinâmica absurda a que se submeteu: “*O pessoal vibrava quando eu saía de férias porque aí eles tinham uma chance*”.

Para a Psicodinâmica do Trabalho, a aceleração da cadência como estratégia de defesa pressupõe a presença do medo, seja o medo de não cumprir as metas estabelecidas, o de demissão ou o das ameaças. Nesse caso específico, ocorreu também a aceleração do ritmo pela busca incessante de premiação como prova de seu engajamento no trabalho para a obtenção de reconhecimento como campeã de produção. O fato de ter perseguido o título de campeã também pode ter sido uma forma de enfrentar o tédio de uma tarefa repetitiva, uma forma de ver a sua própria imagem de vencedora em relação ao grupo de trabalho ou talvez diante da família. De acordo com o relato, há indicação de que a bancária obtinha pequenas mudanças de cargo; esse fato se traduz na existência de reconhecimento pelos resultados alcançados pelo seu alto engajamento no trabalho.

E por ter um desejo de obter reconhecimento, ela passou pelo sofrimento, aprendeu a anestesiar a dor: “*Eu tinha dor, mas eu não sou muito sensível à dor*”. Esse estado representa um drama, uma tragédia humana desse processo, por ter se deixado alienar (Dejours, 2007).

O trabalho repetitivo é insuportável psiquicamente e, com certeza, a pessoa não fica contente consigo mesma, pois, como amar o automatismo? O primeiro alvo da pressão, da repetitividade não atinge em primeira instância o corpo, as articulações ou os tendões; o primeiro alvo da pressão repetitiva se situa no nível do funcionamento mental. Para lutar contra essa dificuldade, a funcionária acelera ainda mais o seu ritmo de trabalho na expectativa de reconhecimento pela tarefa realizada e procura ser campeã de produção em todas as competições realizadas no banco: “*Eu fui campeã de produção várias vezes*”.

Desse modo, a repetitividade e a aceleração dos movimentos levaram a bancária à paralisia do pensamento (Dejours, 1992, 2000, 2007; Pezé, 2002), impediu a elaboração das pressões de trabalho e, conseqüentemente, a não sentir, a não perceber o que se passava consigo mesma, por exemplo, a dor como o primeiro sinal de alerta da doença: “*Eu não conseguia trabalhar concentrada, mas a minha quantidade de erros era mínima; eu tinha dor, mas eu não sou muito sensível à dor*”.

Essa trabalhadora atuava sob um modo quase automático. Contudo, a paralisia do

pensamento constituiu também um estado de relativa proteção contra a consciência dolorosa de sua condição de trabalho. Embora se tratasse de uma tarefa de conteúdo simples, outras atividades mentais estavam bloqueadas, pois o uso do pensamento imaginativo, criativo e reflexivo a levaria ao erro. Essas faculdades se tornaram inúteis para a realização da tarefa; só permaneceu o gesto vazio de sentido (Dejours, 1994, 2000; Pezé, 2002). A interiorização dos objetivos de trabalho tornou essa bancária escrava da quantidade e a alienação a impedia de perceber os sinais vindos do corpo. Ela ganhou todas as competições por produtividade; era a trabalhadora mais ágil: “*A minha agilidade era boa mesmo porque eu tive tantas folgas*”.

Quando a bancária afirma que não é sensível à dor e que nunca foi muito sensível à dor sugere que, por algum motivo, ela começou a trabalhar e aprendeu a ser insensível à dor. “*Eu comecei a trabalhar com 18 anos de idade, novinha; nunca trabalhei em outro emprego, minha formação profissional foi no banco*”; “*desde o primeiro dia de trabalho no banco as regras, as normas são impostas, elas são claras*”; “*Você vai aceitar trabalhar assim?*”; “*eu precisava trabalhar, eu preciso. Então a gente não estranha muito e acha tudo natural*”.

Esse relato revela como essa organização do trabalho capturou o desejo e o medo dessa bancária em seu benefício; deixou claro que se tratava de um espaço em que não havia lugar para um corpo doente e improdutivo. E assim, diante de sua precisão e do medo do desemprego, a bancária se submeteu às exigências.

Por essa razão, ela passou pelo duro aprendizado de se tornar “*insensível à dor*”. Ela assumiu um traço da identidade masculina de virilidade (Dejours, 1999), que não permite ser sensível à dor; nesse caso, para dar conta de suportar as pressões por produtividade e porque não havia espaço para sua expressão. Passar pela dor foi necessário para evitar outro tipo de sofrimento, talvez a carência material provocada pelo desemprego.

Por causa de sua necessidade de sobrevivência, ela se submeteu às regras rígidas de uma organização do trabalho, percebia as pressões naturais e, portanto, alienou-se: “*Como é um trabalho envolvente, a gente vai sentir depois*”. Aprendeu a ser insensível e anestesiar a dor, ou seja, a não prestar atenção aos primeiros sinais das LER/DORT.

Depois, a bancária passou a ocupar o cargo de subgerente dos serviços terceirizados do banco: “*Eu ocupei o posto de subgerente dos serviços terceirizados porque a tarefa de digitação de dados foi terceirizada*”. Então, relata que, mesmo na posição de gerente da parte terceirizada, continuou “*trabalhando com o computador*”.

Na descrição das tarefas sob sua responsabilidade, constata as principais dificuldades

em decorrência da sobrecarga de trabalho: “*Eram muitas as empresas que prestavam serviços ao banco e a quantidade de serviços era muito grande*”. “*Nesta época, eu tinha treze empresas sob minha responsabilidade*”. “*Eu tinha que fazer, mensalmente, relatórios e gráficos de acompanhamento do volume dos serviços executados por cada empresa responsável pelo serviço terceirizado*”. E mais, “*após a realização dos gráficos, eu tinha que encaminhar os documentos para o departamento financeiro efetuar o pagamento dos serviços*”.

Vale ressaltar que as principais conseqüências resultantes do processo de terceirização de serviços, em especial nos bancos, são: a sobrecarga de trabalho, as jornadas mais longas e com salários relativamente baixos e ainda a permanente incerteza em relação à permanência no trabalho em razão da reestruturação das tarefas que provoca demissões, enfim, a precarização do trabalho. Para aqueles trabalhadores que escapam da demissão o medo aumenta e conseguir trabalhar apesar do medo torna-se um desafio a ser enfrentado (Segnini, 1999; Laranjeira, 1997).

Diante da precarização e da ameaça de desemprego a trabalhadora adota o zelo no trabalho, pois passa a controlar toda a execução das tarefas, o que lhe acarretava mais dificuldades e burocracia: “*Quando havia qualquer erro em algum documento, eu tinha que fazer uma correspondência para a empresa para comunicar tal erro*”; “*então, qualquer erro no serviço exige uma correspondência*”; “*eu fazia o rascunho, manualmente, e depois eu digitava*”.

Desse modo, afirmou: “*Eu tinha que fazer toda a tarefa porque ela estava sob minha responsabilidade*”; “*todos os dias eu era obrigada a ajudar os outros colegas a fazerem os gráficos*”; “*se não sai, a culpa é minha*”; “*a responsabilidade do setor é minha*”. O ritmo não diminuiu, mas o sentimento de culpa por ter adoecido a leva a ter uma atitude de controle em relação à execução das tarefas, em decorrência de possíveis erros e falhas dos colegas. Enquanto isso, as dores continuavam, mas ela disse: “*Eu suportei muito porque eu não sou sensível*”; “*quando eu percebi, eu já estava perdendo os movimentos do meu braço; tinha síndrome de impacto, já havia problemas na coluna, bursite e problemas no túnel do carpo*”; “*quando a doença realmente se agravou meu lado direito estava comprometido*”.

Por último, foi transferida para a área de produtos do banco, responsável pela instalação de programas de informática para empresas que eram clientes do banco. A partir da demanda dos clientes, ela “*ia à empresa e instalava o programa que ela necessitava, como a folha de pagamento de funcionários, a cobrança e outros. Eu instalava o software no*

computador da empresa, eu ensinava à pessoa responsável como ela deveria alimentar os programas com as informações, como obter relatórios, enfim, como gerar as informações necessárias para a empresa”.

Nessa tarefa, percebe-se que a maior dificuldade era o deslocamento até a empresa carregando uma maleta com todos os materiais necessários para implantação dos programas: *“Eu tinha que carregar uma maleta pesada, contendo disquetes e CDs de todos os programas, além do CD do Windows”.*

A despeito do estado avançado da doença, já com comprometimento físico, a bancária ainda se submeteu a carregar uma maleta pesada. O medo de perder o emprego e a alienação a conduziu à submissão cega a essa organização do trabalho. Em sua fala, um breve sinal de tomada consciência desse fato surge quando afirma que *“era uma boa trabalhadora, mas a gente era muito boba”*; *“me faltou um pouco de sensibilidade, talvez essa doença não tivesse acontecido”*; *“agora, você só vai jogando carga; já está ruim e você acha que está bom”*; *“aí chega uma hora que o organismo grita”*. Talvez, com essa fala, ela possa ter dado o primeiro passo em direção à apropriação de seu sofrimento.

De acordo com a análise das atividades realizadas por essa bancária e considerando que o aparelho psíquico é diretamente afetado pela organização do trabalho (Dejours, 1992, 1994, 2000), conclui-se que a bancária se submeteu à sobrecarga psíquica e física de trabalho. Inicialmente, além das pressões de tempo para realização das tarefas se submeteu ao jogo perverso do banco ao engajar-se no programa de premiação de produtividade, embora haja indicação de vivência de prazer por ter ganho todas as competições por produtividade. A despeito do incentivo da premiação, nessa situação existe submissão à tortura e à violência de ter de passar pelo processo de avaliação individual (Dejours, 2003). Em seguida, enfrentou sobrecarga de trabalho quando assumiu a sub gerência dos serviços terceirizados, época em que tinha treze empresas prestadoras de serviços para o banco sob sua responsabilidade. Depois, a sua situação agravou ainda mais quando, apesar do estado avançado da patologia, foi trabalhar no setor de produtos do banco e tinha de carregar uma maleta pesada durante os deslocamentos para realizar o trabalho.

Enfim, essa organização do trabalho bancário, pela rigidez de suas prescrições, se opunha à livre atividade intelectual, psíquica e motora. Portanto, o trabalho tornou-se fatigante e encontrou via de evasão na motricidade, expressa na aceleração dos gestos e no zelo pelo trabalho; conseqüentemente, deu espaço para o surgimento de sintomas patológicos.

A partir do fracasso da estratégia de defesa, a auto-aceleração, o acometimento por LER/DORT pode ter sido o resultado do processo de somatização (Dejours, 1992, 2000; Pezé, 2002) em consequência da vivência das pressões por produtividade e pressão de tempo, aliadas à busca de reconhecimento. À medida que o banco acenava com pequenas promoções, quando deixava a tarefa exclusivamente de digitação, mais a bancária apostava nas possibilidades de reconhecimento e maior era o seu engajamento no trabalho, na forma de aceleração dos movimentos.

A história do José

Eu trabalhava na função de operador de um banco de dados, eu era digitador. Tudo que era feito nas agências ia para esse centro, era a digitação de cheques, a digitação de depósitos dos clientes que eram feitos diariamente. O meu horário de trabalho era à noite, das 21h às 2h:30m, mas sempre saía além desse horário porque não dava tempo, era muito serviço. Na época, a gente tinha pressão porque enquanto não terminasse as tarefas não podia ir embora. A gente tinha que acabar o serviço todo naquele dia, senão não gerava listagem para processamento para o dia seguinte, para as agências poderem trabalhar. Era um volume muito grande, em média a gente tinha que fazer uns 10 a 15 mil toques por hora para conseguir digitar aquele processo, mais ou menos, com três horas a mais, além do horário.

Nesse subcentro, que hoje se chama pólo, todo o serviço das agências era centralizado lá. Então, tinham pessoas que iam buscar os movimentos, as listagens (documentos) na parte da manhã e à tarde traziam os movimentos (documentos) das agências para serem digitados. A gente tinha que realimentar esse serviço todinho da agência; emitia relatório para ficar com cópia para enviar para a Matriz em São Paulo. Então, era muito pesado. Eu só fui tomar conhecimento do problema quando já estava tão avançado que eu não sabia se estava doente ou se estava estressado. Nós éramos uns seis a oito pessoas que trabalhávamos no turno e só ia embora quando terminávamos o serviço. Nós entrávamos mais cedo um pouco e saíam mais tarde, só quando finalizávamos a tarefa todinha. Cada rotina tinha determinado horário.

Então, a gente trabalhava em grupo, por exemplo, tal rotina tinha que terminar até a meia noite; eles trabalhavam nela até a meia-noite para retransmitir para a matriz. As rotinas todas tinham horário de prioridade; a gente trabalhava de acordo com os horários

para manter a demanda. Tinha algumas rotinas que eram digitadas à noite e transmitidas para São Paulo por volta das 10h da manhã; essas rotinas eram as cobranças, desconto, capitalização, resgate de ações e outros. E lá o grupo era unido, não havia muita competição entre os colegas. Havia cobrança da chefia porque tinha uma rotina de horário e nós tínhamos que terminar naquele horário, se não terminasse ficava fora do processamento; por exemplo, o cheque, o horário dele era até a meia-noite; tinham que transmitir até-meia noite senão os lançamentos dos dados dos clientes ficavam todos incorretos. Então, essa cobrança nós tínhamos, por ter que terminar a tarefa, tínhamos a obrigação de terminar e nada podia ficar de fora; se alguma informação ficasse de fora teríamos outros problemas.

Antes de ter a doença, a gente era muito pressionado; a gente tinha cotas para cumprir, tinha que vender os produtos do banco, como seguro, título de capitalização, cheque especial, FAP (Fundo de Aposentadoria). Então, tudo a gente tinha que vender e se não vendesse tinha aquela cobrança em cima, direto. Toda vida teve cobrança, toda vida o superior estava lá cobrando. O serviço era muito e nós éramos umas oito pessoas para dar conta dentro do horário; aí a gente era obrigado a ficar até terminar. A gente era tão cobrado e exigiam tanto que eu não sabia se eu estava doente; eu chegava em casa tão cansado que não sabia se estava doente ou se estava com fome. Eu sentia dor, preocupação.

Então, foi me dando aquela coisa assim até que pedi para ir fazer uns exames porque eu não estava agüentando mais; estava sentindo tanta dor e não sabia o que era. Eu sentia dor nos dois braços, no ombro, dor na coluna também, doía bastante. Aí, até que um dia eu fui ao médico fazer os exames e depois recebi uma carta dizendo que eu estava sendo dispensado da empresa. Aí, tive que contratar um advogado para entrar na justiça para voltar, para ser reintegrado no banco. Eles me despediram doente; eu continuava na empresa, só que estava doente, mas não podia fazer os exames. Eu trabalhei muito tempo doente sem saber. Só que nessa época eu não estava agüentando mais, não estava dormindo, estava vegetando.

Na época, quando eu pedi para ir ao médico, sempre tinha medo de perder o emprego, emprego não está fácil. Aí, quando eu fui fazer o exame descobri qual era a doença, entrei de licença e fiquei encostado um tempo. Eu fiquei oito meses nesse processo até ser reintegrado; eu fiquei oito meses sem receber do banco e do INSS porque eles não queriam comprovar que eu estava doente. Aí, voltei doente porque o INSS não reconheceu o que ele tinha. Voltei para o banco e tudo que faz é decorrente do uso do braço; precisa do braço e depende da movimentação. Então, eu voltei para a mesma função. Nessa época, eu

trabalhava na agência e fazia a mesma coisa.

No decorrer do tempo, aquele serviço que era feito no pólo voltou para as agências, hoje é feito todo na agência. Eu continuo usando o computador até hoje. A gente precisa trabalhar e, por enquanto, o INSS não quer reconhecer a doença. Eu tenho que trabalhar; eu não tenho condições de ficar parado e mesmo sentindo dor, eu tenho que acostumar com a dor. Então, nessa época que eu voltei para o banco, depois eu fiquei mais vinte meses afastado por causa da doença. Agora, eu estou trabalhando uns meses e depois saio uns quinze dias de licença porque não dou conta. O INSS manda você de volta para trabalhar, aí você não pode ficar parado esperando a decisão do INSS. Então, a necessidade me faz trabalhar porque se eu parar de receber eu não tenho quem possa manter a minha família. Em 2005, consegui a Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) do banco; no início de 2006, eu fiquei afastado novamente.

O bancário realizava tarefa de digitação de dados em um centro de processamento de informações de um banco privado. Inicialmente, segundo o bancário, *“tudo que era feito nas agências ia para esse centro, eram feitas digitações de cheques e de depósitos realizados pelos clientes”*. A realização dessa atividade era sob pressão por produtividade e de tempo porque *“tinha horário, senão não gerava listagem de processamento para o outro dia para as agências poderem trabalhar”*. Em razão do grande volume de documentos, ele tinha que *“fazer, em média, de 10 a 15 mil toques por hora para conseguir digitar com pelo menos três horas a mais além jornada”*. Assim, o volume de serviço e a pressão de tempo levaram à intensificação da jornada e do ritmo de trabalho para responder às demandas por produtividade.

De acordo com o relato, a intensificação da jornada ocorria com frequência. O bancário fazia parte de um grupo de oito pessoas que trabalhavam no turno de 21h às 2h:30m. Para conseguir cumprir os objetivos de produção, ele *“chegava mais cedo e saía mais tarde, só quando finalizava a tarefa todinha daquele dia é que ia embora”*. Cada tarefa, por ele denominada de rotina, tinha horário marcado: *“As rotinas tinham horário de prioridade, a gente trabalhava em grupo de acordo com os horários para manter a demanda; eram as cobranças, os descontos, os títulos de capitalização, os resgates de ações e outros”*.

Desse modo, com um quadro de funcionários reduzido, mas com muito serviço e submetido à tirania do tempo, o grupo *“era obrigado a ficar até terminar”* a tarefa. Como o

grupo era formado por poucos funcionários, com jornada noturna, facilitava o estabelecimento de acordos e de compromissos entre si; por isso, combinaram trabalhar de acordo com a demanda de horário. Essa decisão representa uma forma de subversão das prescrições e das pressões que poderá se tornar um indicador de vivência de prazer (Dejours, 1994). Para o cumprimento do prescrito, no que diz respeito ao horário de cada rotina, havia cobrança sistemática da chefia: *“Tinha rotina de horário e tínhamos que terminar naquele horário; nós tínhamos que transmitir até meia-noite senão os lançamentos dos dados dos clientes ficariam incorretos. Essa cobrança nós tínhamos por ter que terminar; era obrigação terminar e nada podia ficar de fora”*. As pressões também estavam relacionadas às exigências para o cumprimento de metas de vendas dos produtos do banco: *“Havia cotas para cumprir de vendas de seguro, de vendas de título de capitalização, de venda de cheque especial e se não vendesse havia cobrança por parte da chefia”*.

Assim, a materialidade do trabalho evidencia as dificuldades enfrentadas por esse bancário na situação real de trabalho. Primeiramente, a rigidez das determinações dos modos operatórios do trabalho informatizado não permitia ajustes para adequar a seqüência dos gestos às suas necessidades corporais. A organização do trabalho informatizado privilegia a rigidez postural, sem alternância entre contração e expansão ou relaxamento dos músculos, os movimentos estão sempre na mesma direção (Dejours, 2000). Havia uma defasagem entre o modo operatório prescrito e o modo real, que exigia adequações para que o bancário pudesse harmonizar os seus movimentos corporais durante a execução da tarefa. Em seguida, apesar de não ter contato direto com os clientes do banco, porque trabalhava à noite, em um centro de processamento de informações, a tarefa de venda dos produtos deveria ser realizada fora do expediente normal, gerando desestruturação do tempo de trabalho.

A partir desse relato, constata-se a presença de fatores característicos ao desenvolvimento das LER/DORT, descritas por Pezê (2002) como dano do movimento: a cadência, a repetitividade e o conteúdo mental. De acordo com Dejours (2000, 2004), os danos da tarefa repetitiva e sob pressão de tempo, tal como é a digitação de dados, não atinge primeiramente o corpo, as articulações ou os tendões. O primeiro alvo da pressão de uma tarefa repetitiva se situa no nível do funcionamento mental. Por ser uma tarefa monótona, submetida à cadência e à repetição, ela provoca um sentimento de tédio, de cansaço, de fadiga e de aborrecimento.

Esses sentimentos entram em contradição com a atividade de pensar, ou seja, impedem o uso do pensamento imaginativo, do pensamento criativo e reflexivo, que se tornam inúteis

no exercício da tarefa com conteúdo pobre, repetitivo e dificulta o agir expressivo do corpo. A execução de tarefas repetitivas, sob cadência e pressão por produtividade, a atividade do pensamento coloca em risco a produtividade. Primeiro, porque o pensamento imaginativo e criativo desvia o bancário da tarefa, tornando-se uma via de evasão do tédio da repetitividade. A distração desacelera a cadência, conseqüentemente, diminui a produtividade e aumenta as possibilidades de erros. Por essa razão, as tarefas repetitivas são organizadas de tal forma que o trabalhador nunca descansa ou se distrai (Pezé, 2002).

O bancário afirma que *“o serviço era muito e havia poucas pessoas para darem conta dentro do horário”* e que, diante de tanta *“exigência e cobrança”* por produtividade, só tomou conhecimento do *“problema”* quando ele já estava avançado. O bancário não se dava conta da dor porque *“era tão cobrado e exigiam tanto, que não sabia se estava doente ou se estava estressado”*. Às vezes, *“chegava em casa tão cansado que não sabia se estava doente ou se estava com fome”*. O seu estado de exaustão e de fadiga o levava a *“sentia dor e preocupação”*. Esse relato evidencia o estado de alienação, de torpor psíquico em que esse bancário se encontrava, pois não percebia os sinais que vinham do corpo, o que constitui uma negação dos sintomas das LER/DORT. Como afirma Dejours (1992), para o homem, a doença é sinal de vergonha e todo estado anormal do corpo coloca em questão o trabalho, pois a doença é avessa a ele.

Com os sinais persistentes e fortes da dor, o bancário não agüentou mais porque *“sentia tanta dor”* e não sabia *“o que era”*; *“sentia dor nos dois braços, dor no ombro, dor na coluna e não conseguia dormir”*. Afirma que trabalhou muito tempo doente, sem saber. As indicações de sinais de fadiga e de angústia têm origem além do esforço físico e mental para realizar a tarefa; elas vêm também das pressões da organização do trabalho (Dejours, 1992, PezÉ, 2002). Apesar da dor, o bancário continuou negando os sinais do adoecimento para tentar manter seu lugar no trabalho e por medo das conseqüências do adoecimento; essa é uma situação paradoxal.

Por essa razão, a dor deixou de fazer o papel de alerta dos primeiros sinais das LER/DORT. O estado de negligência e de insensibilidade às situações de ameaças à sua integridade física e psíquica foi obtida pela repressão pulsional (Dejours, 2000). A estratégia defensiva de auto-aceleração ajudou a neutralizar o pensamento e o medo diante da falta de um espaço de discussão que facilitasse a palavra para a expressão do sofrimento.

Mesmo doente, não ia ao médico porque *“tinha medo de perder o emprego”*; só quando não agüentou mais é que procurou ajuda médica. Após exames, foi constatado que

estava com LER/DORT, e o banco foi implacável com ele, pois foi demitido. A situação se tornou mais difícil porque, além do sofrimento causado pelo adoecimento, também enfrentou a ameaça de perda do trabalho. Para evitar essa situação, o bancário teve que contratar um advogado para conseguir na justiça a sua reintegração. O ato perverso do banco correspondia ao exercício de uma ameaça habitualmente deliberada por parte das chefias, em conformidade com orientações maiores e em consonância com os novos métodos de gerenciamento (Dejours, 2000, 2001).

Ainda, o relato sugere o papel do medo nesse processo. O medo motivou, por um lado, a aceleração do ritmo para o aumento da produtividade, ao mesmo tempo em que esta propiciava reconhecimento pelo engajamento no trabalho; por outro lado, forjou o uso de estratégia de defesa para conjurar o sofrimento tramado no exercício da tarefa repetitiva e sob pressão de tempo. Desse modo, para cumprir as demandas de produtividade e no tempo determinado, o bancário recorreu à auto-aceleração dos movimentos, tanto para a diminuição do ciclo de duração da tarefa monótona quanto, a partir de um certo nível de aceleração do ritmo, para obter a paralisação do pensamento, para conseguir anestesiá-la a dor que vinha do corpo e tentar controlar as pressões e o medo de ser demitido.

No entanto, a despeito da dor, continuava no trabalho porque *precisa e não tem condições de ficar parado* e acrescenta que *“eu tenho que acostumar com a dor”*. E, por enquanto, apesar de o banco ter emitido a *“Comunicação de Acidente de Trabalho (CAT)*, o INSS ainda não reconheceu a doença, *ele manda você de volta para trabalhar. Eu não posso ficar parado esperando a decisão do INSS; a necessidade me faz trabalhar porque se eu parar de receber eu não tenho quem possa manter a mim e a minha família”*.

Diante desse relato, uma questão é posta: como uma pessoa, um trabalhador consente em se submeter a esse tipo de tortura e outros a torturar? (Dejours, 2001). Não é fácil compreender essa questão. Em princípio, pode-se pensar na hipótese de que o que levou esse bancário a passar pela dor, a ter que aprender a conviver com a dor foi a precisão material ou, ainda, a precisão do reconhecimento social, mediado pelo trabalho. Uma vez de posse da CAT, esse bancário não correria tanto risco de ser demitido; ele poderia conseguir no INSS, na pior das hipóteses, a implementação do benefício no código 31, que caracteriza o auxílio-doença previdenciário, e permaneceria afastado do trabalho por um período; depois, conseguiria novas renovações da licença, como é a política adotada pela Perícia Médica do INSS. Essa política está expressa nos relatos dos técnicos da Perícia Médica no INSS incluídos no presente estudo.

Mas a questão de *não poder ficar parado* também poderá significar não poder ficar longe do ambiente de trabalho. Poderá indicar também a centralidade do trabalho na estruturação da vida psíquica e social desse bancário. É possível que, antigamente, trabalhar em um banco, no setor de digitação e processamento de informações, pudesse conferir algum tipo de reconhecimento para o bancário. Porém, no contexto atual é um risco que a pessoa corre, pois é participar de um processo que poderá levá-lo ao adoecimento. Contudo, o sofrimento gerado pelo engajamento nesse tipo de tarefa também pode indicar a necessidade de reconhecimento mediado pelo trabalho na expectativa de conquista de identidade social (Dejours, 1999; Lancman e Sznelwar, 2004).

Embora com pouca existência de margem de manobra para a adequação do modo operatório prescrito ao real, o bancário desenvolve sua dramaturgia na expectativa de obtenção de reconhecimento e auto-acelera seu ritmo de trabalho em nível acima do permitido por hora e sem pausa – 10 a 15 mil toques (de acordo com NR 17, não deverá passar de 8.000 toques por hora). No decorrer do tempo, o reconhecimento tão esperado não veio, o sofrimento se instalou e, mesmo assim, o bancário se engajou mais ainda nas performances produtivas. E o que antes era uma estratégia para a obtenção de reconhecimento pela produtividade alcançada se transformou em uma via de evasão do descontentamento, da agressividade e do medo, inibidos pelas ameaças presentes na organização do trabalho (Pezé, 2002).

Quando afirmou que *tem que trabalhar com dor* e que *precisa se acostumar com a dor*, em princípio pode-se pensar que esse é, culturalmente, um modo próprio de o homem lidar com a dor; a ideologia da virilidade impede a expressão de sofrimento, pois é sinal de fraqueza (Dejours, 1992, 1999). Ainda, pode-se pensar na vivência de prazer proveniente da experiência de trabalho em um grupo tido pelo bancário como “*unido*”; esse fato poderá ter possibilitado o engajamento no trabalho ante a necessidade de reconhecimento. Além dessas duas hipóteses, o relato também indica a presença da servidão (La Boétie, 1999), da disciplina da fome, porque o trabalho, antes de tudo, é um ganha-pão; a precisão desse bancário foi utilizada pelo banco em proveito da produtividade. Por fim, o bancário se viu na solidão e sem ajuda dos setores competentes do banco e dos colegas. Ao sofrimento anterior, soma-se a vivência de sofrimento pela exclusão social provocada pelas LER/DORT.

Por essa razão, como afirma Dejours (1994, 1999), nenhuma relação de trabalho é neutra na construção da saúde, visto que a qualidade das relações intersubjetivas contribui para sua construção.

A análise da atividade indica que o bancário estava submetido à tarefa repetitiva e sob pressão de tempo e à sobrecarga de trabalho pela rigidez do prescrito e do modo operatório, que permitiram pouca margem de adequação. Ainda, sofreu pressão da chefia para cumprimento de metas de vendas dos produtos do banco; por isso, foi obrigado a trabalhar fora do período de sua jornada regular. A saída para afrontar o sofrimento proveniente do encontro com essa organização do trabalho foi a auto-aceleração do ritmo de trabalho.

Desse modo, na origem das lesões por esforço repetitivo está a repressão pulsional, mediada pela estratégia de auto-aceleração dos movimentos, para neutralizar e até mesmo paralisar o pensamento diante da impossibilidade de expressar os sentimentos, a insatisfação e o medo em relação às ameaças da organização do trabalho. Os sintomas desse sofrimento psíquico só então são manifestados no corpo, na forma de dor física (Pezé, 2002; Dejourns, 2000, 2007).

A história da Maria

Eu atuava como caixa-executiva em uma agência bancária, no Fórum de Justiça. Era uma agência pequena em termos de clientela, de funcionários e tudo, mas tinha um fluxo muito grande de pessoas em busca de informações. A gente tinha que fazer uma triagem porque, em média, passavam ali em torno de cinco mil pessoas por dia. Então, era uma triagem muito grande para que o mínimo de pessoas entrasse na agência, um mínimo já era uma quantidade assim meio exorbitante. Às vezes, eu executava outros tipos de tarefas. No dia em que estava mais tranquilo tirava-se um funcionário do caixa para atuar em outra área que estava sobrecarregada. Eu tinha esse perfil de poder trabalhar em outra área como na cobrança de empréstimos e tal. No caixa, era um trabalho bem repetitivo, por exemplo, primeiro você recebe o documento do cliente, verifica o tipo de documento, recebe o dinheiro do cliente, autentica o documento; depois, devolve o troco e o documento para o cliente.

Mas piorou muito quando eu fiquei no posto de trabalho de recebimento de custas judiciais. Durante todo o tempo, durante os anos que eu trabalhei no caixa, a gente sentia a dor, outras vezes eu tinha sentido que já começava o meu problema, mas ainda era algo bem administrado. A partir do momento em que fiquei nesse local, que era uma coisa muito mecânica, as dores aumentaram. No trabalho no caixa você ainda conversa um pouco com o cliente, ele pede uma informação, ele pede um documento, ele concede uma assinatura, a situação era melhor. Mas nessa outra atividade (recebimento de custas judiciais), não; a

tarefa era bem repetitiva. Era só: cobra-recebe-cobra e tal. Eram todas contas judiciais. Nessa tarefa havia metas de autenticação de documentos, metas para venda dos produtos do banco. E, ao mesmo tempo, a gente tinha aquela coisa de um ficar observando o outro. Por mais que o relacionamento seja bacana entre as pessoas, tem isso. O outro está querendo saber se ele não está sobrecarregado sozinho, se alguém sai da área por alguma coisa. Cria um sentimento de rivalidade entre as pessoas; está todo mundo muito sobrecarregado. A gente não tinha tempo para ir ao banheiro. Para ir ao banheiro, eu tinha que parar o serviço, com todo o mundo lá, pedir um minuto ir lá ou então...Eu marcava uma quantidade de pessoas e avisava que, a partir daquela eu iria ao banheiro e se a pessoa quisesse poderia pegar outra senha e aguardar.Tudo isso pressionava a gente porque é chato sair e ninguém.... alguns clientes não se importam, mas a maioria reclama. Mas o problema é do banco que tem que resolver isso, de ter alguém ali no posto de trabalho.

O trabalho era basicamente no computador e ele é muito mais massacrante do que o de caixa. Eu ainda tinha que ficar ajudando uma coisa ou outra; era porque eu me dispunha até porque sabia a tarefa e isso facilitava um pouco pelo fato de sair de uma tarefa muito mecânica e ali me dava outra oportunidade. Era uma pesquisa que eu fazia, analisava um documento. Tudo isso me tirava daquela coisa maçante, eu fazia questão por isso, mas acabava que ficava sobrecarregada porque nunca ficava num processo só. Trabalhar no caixa a gente sente muitos problemas, sente dor, tem dia que sente cansaço, sente fadiga muscular, mas isso vai passando. Por algum motivo a gente consegue ir. Eu acho que pesa é a questão emocional; pesa a postura porque tem gente que trabalha há vinte anos no caixa, mas ela trabalha sentada; uma pessoa bem metódica que pode ter umas quinhentas pessoas na sua frente que ela não se toca e ansiedade; a pessoa mais ansiosa que fica ali, que está vendo o cliente chegar, está vendo a hora chegar e vê o todo. É muito difícil, a gente trabalhando de forma totalmente incorreta, próxima da máquina, custando a esperar quem estivesse próxima dela. Aquela coisa ali toda errada, isso é terrível. A gente vai meio que levando.

Mas há quatro anos, cinco anos, eu comecei ter esse problema. Primeiro, eu procurei por um ortopedista que me encaminhou para um fisiatra, para um fisioterapeuta. Eu fiz esse trabalho e ele pediu que eu procurasse uma psicóloga, porque eu precisava por causa da questão da ansiedade. A psicóloga me passou para um psiquiatra. Ela recomendou um psiquiatra porque houve necessidade de uma ajuda medicamentosa. No final das contas, eu parei com todo mundo, mas eu peguei um pouco de todo mundo. Eu aprendi a me acalmar, eu

aprendi a me liberar um pouco de um monte de coisas, deu para melhorar a qualidade de vida com as orientações pelo fato de ter dado uma descarregada nessas....Depois, eu voltei devagarzinho.

Então, com isso eu perdi o relacionamento na agência, eu perdi o comportamento do gerente com relação aos empregados, com relação a mim e às outras pessoas. Por exemplo, em uma empresa pública, tudo acontece porque são políticas, políticas internas. Então, um pisa na cabeça do outro para conseguir o que quer. E isso massacra a gente, isso magoa e machuca. Então, a postura do gerente, a postura dos colegas e a situação emocional em que a gente está, tudo isso influencia. Então. eu notei, eu pude ver..... foi nessas horas. Eu tinha uma idéia comigo que eu tinha que passar por cima daquilo e conseguir transpor aquilo e aí sim. Eu..... depois que você consegue reverter a situação em que se vê injustiçada. Depois disso eu caí; parece que a gente consegue ficar forte enquanto é necessário e depois a gente acaba caindo. Ninguém percebe. E tudo que você quer é que as pessoas percebam e que você não precise ficar falando, porque é horrível. Depois que o negócio cai e que você precisa, que você esta de licença, aí todo mundo vê e todo mundo é solidário.

Eu estava trabalhando e continuei; dei uma melhorada e consegui trabalhar até julho de 2005. Então, a gente vai sentindo que vai piorando, mas a gente está ali, sabe? Mas foi gradativamente. Eu sabia que tinha o problema, tinha sido diagnosticado nessa época. O médico já tinha indicado cirurgia e falava que podia conviver com isso. Eu falava que não queria mais mexer, porque já estava me sentindo melhor. Mas o médico falava que, apesar de eu estar me sentindo melhor, o problema existia e que quanto mais tarde ficasse pior seria a condição de reabilitação. Como eu estava convivendo muito bem com isso, eu fui deixando e até que começou tudo de novo.

De uma semana para outra eu já não tinha mais controle dos movimentos; eu segurava as coisas sem firmeza, eu segurava com medo, porque a impressão que eu tinha é a de que ia cair. E foi piorando e depois vieram os agravantes; por isso que eu disse que ninguém percebe. Eu estava nessa situação, cheguei a ir ao médico e para ir ao médico trabalhando no caixa foi difícil. Ninguém percebeu a minha angústia de não ter condições de ir ao médico. O ortopedista me deu licença primeiro, porque que eu não estava em condições de trabalhar. Fiz a cirurgia na mão; eu entrei de licença nesse dia em que estive com o ortopedista. Entrei de licença e fiquei durante uns nove meses. Na realidade, fiz a cirurgia de uma mão e fiquei sessenta dias de licença. Depois, eu fiz cirurgia na outra mão, já estava previsto; eu tinha que fazer cirurgia nas duas mãos. Eu perguntei para o médico se podia

fazer a cirurgia só na mão que me incomodava mais, que era a mão direita, era a que sentia mais dores; a esquerda não me incomodava tanto. O médico disse que quando eu fizesse a cirurgia na mão direita, a esquerda iria sentir mais. Então, depois de sessenta dias eu fiz a cirurgia na outra mão. Eu perdi a força muscular e estou com dificuldades com essa mão, ainda.

A descrição das atividades realizadas por essa bancária colocou em evidência a materialidade do trabalho caracterizado pela repetitividade, sobretudo, tomada por uma pressão social e relacional vinda do cliente e da chefia que a fez capturar as exigências por produtividade: “*Eu atuava como caixa-executiva em uma agência bancária no Fórum de Justiça*”; “*era uma agência pequena em termos de clientela, de funcionários e tudo, mas com um fluxo muito grande de pessoas em busca de informações*”; “*passavam ali em torno de cinco mil pessoas por dia*”. A partir desse relato, é possível antever as dificuldades encontradas para realizar as tarefas, em decorrência da pressão dos clientes e da sobrecarga de trabalho: “*Às vezes, eu executava outros tipos de tarefas*”; “*no dia em que o movimento era menor tirava-se um funcionário do caixa para atuar em outra área que estava sobrecarregada*”. Segundo sua afirmação, “*tinha perfil para trabalhar em outras áreas*”, ou seja, exercia a chamada flexibilidade de função que a conduzia à experiência de dupla tarefa.

A bancária considera a tarefa de caixa repetitiva, pois, na sua percepção, se resumia a uma seqüência simples de cadência de gestos mecânicos: “*Você recebe o documento, autentica, devolve o troco e tal*”. Em razão disso, era submetida à vivência de sentimento de insatisfação, de desqualificação pela execução de uma tarefa mecânica, com conteúdo pobre que subutilizava sua competência e, portanto, que era executada sem prazer (Dejours, 1992).

O contrário ocorria quando a bancária tinha oportunidade de executar, temporariamente, atividades na área de cobrança e na área de empréstimos. Além de dizer que tinha “*perfil*” para estar em uma delas, teoricamente essas tarefas exigem mais o uso do pensamento, de conhecimentos das normas, do mercado financeiro e mais qualificação para realizar as atividades. O conteúdo significativo dessa tarefa lhe oferecia possibilidades de vivência de prazer, de satisfação e de ter uma imagem de trabalhadora competente pelo exercício de uma tarefa que exige mais conhecimento. Além de que, nesses postos de trabalho, o relacionamento com o cliente é diferente e a visibilidade é maior, ou seja, há mais possibilidade de reconhecimento por realizar uma tarefa importante.

A bancária relata que durante o tempo que trabalhou no caixa “*sentia dor*”, sentia que “*tinha começado o problema, mas ainda era algo bem administrado*”. Ou seja, para dar conta de realizar uma tarefa que considerava de conteúdo pobre, repetitiva, sem poder expressar seu descontentamento, sua agressividade contra a organização do trabalho, ela praticava a auto-aceleração dos movimentos para obter a repressão de sua subjetividade. Em consequência, essa repressão a impediu de perceber os sinais de dor que vinham do corpo. A dor não fez o seu papel de alerta.

Para a bancária, a tarefa de caixa não era sentida como prazerosa, mas a situação se tornou pior quando foi transferida para o posto de trabalho onde fazia o *recebimento de custas judiciais* “. Segundo a bancária, tratava-se de “*uma coisa muito mecânica*”. Além de ter mudado a qualidade da relação com o cliente, uma vez que só realizava recebimento de *contas judiciais*”, a “*tarefa era bem repetitiva. Era só recebe-cobra, recebe-cobra e tal*”. Por isso, o contato com o cliente era marcado pela rapidez e não havia tempo para interação, para conversa.

Mais uma vez, o sentimento de insatisfação, de frustração com o conteúdo da tarefa que não permitia o agir expressivo, o uso da criatividade, a aplicação do pensamento reflexivo. A liberdade para a adequação do modo operatório para atender às aptidões intelectuais e necessidades de engajamento de seu corpo, de forma a permitir a harmonização espontânea de cada gesto, foi limitada pelas pressões da organização prescrita para obtenção de produtividade, uma vez que “*havia metas para autenticação de documentos, metas para venda dos produtos do banco*”.

Ainda, as vivências das relações sociais de trabalho foram marcadas pelo conflito, pela competição, pela vigilância, pelo rompimento da solidariedade, da confiança e da cooperação. Essa atmosfera tem como objetivo sustentar a divisão, a rivalidade e o medo entre os trabalhadores daquele lugar de trabalho: “*Tinha aquela coisa de um ficar observando o outro*”; “*o outro está querendo saber se ele não está sobrecarregado sozinho quando você sai por algum motivo*”; “*cria um sentimento de rivalidade entre as pessoas*”; “*está todo mundo muito sobrecarregado*”.

Nesse sentido, essa organização do trabalho, no que se refere à divisão de homens, disseminou a discriminação e o constrangimento no ambiente de trabalho; para assegurar a produtividade e a vigilância dos trabalhadores, adotou a estratégia de poluição das relações afetivas de trabalho (Dejours, 2000) para que eles permanecessem isolados, ameaçados e desconfiados, pois ninguém confiava em ninguém. Nesse ambiente, prevaleceu o

individualismo, não havia cooperação, a despeito de que *“todos estivessem sobrecarregados”* de trabalho. Como está expresso nos relatos: *“a gente não tinha tempo para ir ao banheiro”*; *“para ir ao banheiro, eu tinha que parar, mesmo com todo mundo lá. Eu marcava uma quantidade de pessoas e avisava que, a partir daquela, eu iria ao banheiro”*; *“tudo isso pressiona a gente porque é chato você sair..... alguns clientes não se importam, mas a maioria reclama”*.

A partir desse conflito, a vivência de sofrimento vinda da pressão por parte dos clientes, que procuravam ter seu tempo na fila abreviado, constitui também como uma sobrecarga de trabalho, tendo em vista a dificuldade de enfrentamento dessa situação. A bancária se sentia impossibilitada de expressar sua insatisfação com os clientes porque entendia que eles não eram os únicos responsáveis por aquela pressão. Para ela, tratava-se de *“um problema do banco”* e ele *“tem que resolver isto, de ter alguém ali no posto de trabalho”* para uma possível substituição em casos urgentes. Para dar conta de superar esse conflito e bem trabalhar, ela inibia sua agressividade e acelerava os movimentos como uma via de descarga para a manutenção do equilíbrio psíquico. Dessa forma, a normalidade psíquica foi conservada, mas o corpo se tornou alvo dos danos.

Ainda, a vivência de sofrimento advinda do relacionamento com o gerente foi marcado pelo sentimento de mágoa, de pressão e de perseguição: *“Por ser uma empresa pública, tudo acontece porque são políticas, políticas internas”*; *“um pisa na cabeça do outro pra conseguir o que quer, isso massacra, isso magoa, isso machuca”*. O relato evidencia o conflito que envolveu interesses pessoais e conduziu as relações para um jogo perverso entre colegas e destes com o gerente, na tentativa de obtenção de vantagens. Por isso, essa bancária expressa o seu sentimento de mágoa, de dor por ter se sentido injustiçada pelo gerente que não reconheceu o seu esforço, o seu engajamento no trabalho, condição essencial para obter mudança de posto de trabalho tão desejado: *“A postura do gerente, a postura dos colegas e a situação emocional em que a gente está, tudo isso influencia”* na vivência de sofrimento que agravou os sintomas das LER/DORT. Para a Psicodinâmica, quando a evolução das relações de trabalho é bloqueada, o sofrimento se instala e o fracasso de sua mediação leva ao adoecimento (Dejours, 1992, 1994, 2000).

A bancária, mesmo doente, ainda lutou para conseguir reverter a situação em que se viu injustiçada, mas como afirmou: *“parece que a gente consegue ficar forte enquanto é necessário e depois a gente acaba caindo”*. A fragilização psíquica e física resultante desse conflito fizeram essa trabalhadora “cair” doente. A recusa, a falta do olhar do gerente ao não

lhe conferir reconhecimento não só aviltou o seu trabalho, mas aviltou também a idéia que ela tinha de si mesma, de sua inteligência, de sua coragem e de sua confiança. Assim, da crise de identidade à crise somática (Dejours, 1999, 2000) foi só um passo: “*Depois disso eu caí*”. De acordo com o relato dessa bancária, “*ninguém percebeu*” o que estava acontecendo com ela; só depois que estava de licença é que os colegas manifestaram solidariedade.

O desejo de ocupar um outro posto de trabalho, de executar uma tarefa que lhe viabilizasse a oportunidade de utilizar sua inteligência, sua subjetividade levou essa bancária a se submeter à dupla tarefa, “*pelo fato de sair de uma tarefa muito mecânica e ali me dava outra oportunidade*”. Então, “*eu tinha que ficar ajudando uma coisa ou outra*”; “*eu me dispunha até porque eu sabia a tarefa e isso me facilitava um pouco*”.

A despeito da sobrecarga, a busca por uma oportunidade, pelo olhar positivo sobre o seu alto engajamento para a obtenção de reconhecimento levou ao agravamento da doença: “*Trabalhar no caixa a gente sente muito problemas, sente dor*”; “*tem dia que sente cansaço, sente fadiga muscular, mas isso vai passando*”; “*por algum motivo a gente consegue ir*”. As estratégias de defesas – aceleração e medicação – ajudaram, até certo ponto, a bancária continuar trabalhando. Nessa situação, a dor que vinha das articulações também era proveniente da angústia gerada pela pressão dos clientes e da pressão e indiferença do gerente. Daí, o surgimento do dano dos movimentos, do gesto vazio de sentido para a execução de uma tarefa às custas da repressão da subjetividade (Pezé, 2002; Dejours, 1998, 2000)

Em consequência dessa situação, ficou a sensação de peso. Seja porque *o que pesa é a questão emocional* decorrente do enfrentamento dos conflitos; seja porque *pesa a postura* exigida para a execução da tarefa e, ainda, o peso da ansiedade: “*quando você está vendo o cliente chegar, você está vendo a hora chegar*”. Então, torna-se “*muito difícil*”, porque “*a gente trabalhando de forma totalmente incorreta, próxima da máquina, custando a esperar quem estivesse próximo, entendeu?*”.

Com esse relato, a bancária expressa seu sofrimento. Primeiro, ela fala de sua ansiedade diante da presença do cliente que se tornou parte integrante da sobrecarga de trabalho e promoveu a aceleração da cadência dos movimentos como tentativa de aliviar as pressões. Depois, o conflito entre o prescrito e o real, que gera uma forma de trabalhar diferente das determinações. Nesse caso, em relação à postura, trabalhar com o corpo muito próximo da máquina dificultava o seu agir expressivo, a liberdade de expressão dos gestos. Mas a vigilância, o zelo do gerente que impossibilitava a adequação do modo operatório às suas necessidades corporais fazia com que se sentisse desapropriada de sua inteligência

prática diante “*daquela coisa ali toda errada*” e “*isso é terrível*”.

Nesse impasse, a bancária afirma que foi “*levando*” a situação, pois “*a gente vai sentindo que vai piorando, mas a gente está ali, sabe?*”. Apesar de doente ela permaneceu no posto de trabalho na expectativa de que fosse mudada de função; esse era o seu desejo e, por isso, se submetia às pressões. A falta de uma escuta atenta de alguns profissionais para os problemas que vêm das situações de trabalho e o agravamento da doença conduziram a bancária por vários caminhos, que se constituíram em uma seqüência de desencontros. Segundo a bancária: “*Eu procurei por um ortopedista que me encaminhou para um fisiatra. O fisioterapeuta recomendou que eu procurasse uma psicóloga por causa da ansiedade; mas, a psicóloga me passou para um psiquiatra porque houve necessidade de ajuda medicamentosa*”. Esse impasse gerou equívocos, como o de querer tratar a cronicidade da dor que vinha da lesão por meio psicoterapêutico (Araújo, 1998). Nessa modalidade de tratamento, a bancária foi tomada isoladamente de sua situação de trabalho, pois não houve uma escuta do estado de ansiedade como decorrente da pressão do cliente e do gerente.

Por fim, relata que “*de uma semana para outra eu já não tinha mais controle dos meus movimentos*”; “*eu segurava as coisas sem firmeza*”; “*eu segurava com medo porque a impressão que eu tinha é que ia cair*”; “*o médico já tinha indicado cirurgia*” [...] “*eu fiz a cirurgia de uma mão e fiquei sessenta dias de licença. Depois, eu fiz cirurgia na outra mão. Já estava previsto que eu tinha que fazer cirurgia nas duas mãos*”. E assim, a última tentativa para aliviar as dores foi a mutilação das mãos, seu principal instrumento de trabalho (Arendt, 2003). Nessa história do engajamento no trabalho e da mobilização da subjetividade para a construção de estratégias de defesas para conjurar o sofrimento e bem trabalhar, só restou a desolação dos gestos desgovernados e vazios de sentido.

Mediante a utilização de sua inteligência prática na construção de estratégias, expressa pela dramaturgia dos gestos acelerados para o cumprimento dos objetivos de produtividade, a bancária também nutria expectativa de ser percebida, de ter seu esforço reconhecido até mesmo para continuar com o investimento em sua dramaturgia. O reconhecimento pela contribuição com a organização do trabalho é que possibilitaria a reapropriação do sofrimento para o registro da construção de identidade no trabalho, esta central para a construção da saúde. Contudo, ao longo do tempo, as estratégias fracassaram e, inevitavelmente houve a instalação da doença somática decorrente da repressão da subjetividade por não ter encontrado uma via de expressão para sua expectativa.

Assim, a análise evidencia que a bancária estava submetida à sobrecarga de trabalho.

Primeiro, pela característica da tarefa de caixa que é repetitiva e executada sob pressão de tempo, de produtividade e dos clientes. Em seguida, quando se submeteu à experiência de dupla tarefa mobilizada pelo desejo e possibilidade de mudança de função. Depois, quando foi designada para o posto de recebimento de custas judiciais, cuja tarefa considerou extremamente “mecânica” e executada sob pressão de tempo e dos clientes. Por último, a vivência de sofrimento gerado pelos conflitos sociais de trabalho (com o gerente e colegas), marcado pela competição e pelo rompimento da solidariedade e da cooperação.

A vivência de prazer quando, temporariamente, executava atividades em outros setores, para os quais a bancária considerava que tinha perfil ideal, funcionou como uma espécie de armadilha. A cada vez que passava por essa experiência, ela nutria sua expectativa de mudança de função. O seu sofrimento também foi pela expectativa de reconhecimento. Para isso, não media esforços; passou pela dor nos braços, nos punhos e nas mãos até a perda total dos movimentos, sem que o seu esforço fosse reconhecido e o seu desejo concretizado.

A luta da bancária para afrontar o sofrimento também foi uma forma de resistência para a conquista de oportunidade e de emancipação. Apesar de possuir grau de escolaridade superior, só conseguiu ocupar um cargo de menor qualificação, como o de caixa e de escriturário.

Enfim, as análises dos quatro casos evidenciaram características comuns da organização do trabalho a que cada bancário estava submetido: rigidez do prescrito, tarefa repetitiva, pressão de tempo, pressão do cliente (interno e externo), pressão por produtividade vinda da chefia, manutenção de postura rígida e processo de racionalização das tarefas. A esse quadro somam-se os conflitos das relações sociais de trabalho.

Mediante a análise clínica do trabalho (Dejours, 1992, 1994, 1999, 2000, 2001), foi possível evidenciar todos esses fatores presentes na origem das LER/DORT, conforme os autores indicados no capítulo teórico em que foi discutido o processo de adoecimento de bancários por LER/DORT (Miranda, 1998; Martins E Assunção, 2002; Ribeiro, 1999; Mendes E Cruz, 2004; Araújo, 1998; Dejours, 2000; Alves, 2004; Martins, 2002; Merlo et al., 2002).

Como foi apontado por Miranda (1998), a análise dos quatro casos confirma que o processo de adoecimento por LER/DORT é gradual. O primeiro sinal do quadro clínico é a dor espontânea, localizada nos membros superiores, que leva à dor forte, contínua e insuportável que acarreta lesão e comprometimento da capacidade laboral.

De acordo com as análises, pode-se constatar que a organização do trabalho tem implicação direta no processo de construção da saúde ou de desestabilização, como é o caso crescente de patologias como as LER/DORT (Dejours, 2000, 2007; Mendes e Cruz, 2004; Araújo, 1998; Lima, 1998; Pezé, 2002).

Conforme preconizado por Dejours (2003, 2007), trabalhar é, antes de tudo, enfrentar a resistência do real; isso implica uma experiência afetiva e penosa com o fracasso. Por essa razão, o reconhecimento está no centro do equilíbrio entre prazer e sofrimento no trabalho, ele se inscreve no registro da identidade dos trabalhadores.

Neste estudo, as vivências de prazer estavam relacionadas à liberdade para a utilização da inteligência, da cooperação da criatividade e da autonomia na realização das tarefas, quando o encontro do bancário com a organização do trabalho permitia a expressão da subjetividade. De outra forma, o prazer também era alcançado quando os bancários obtinham reconhecimento pelas metas alcançadas e pelas contribuições com a organização do trabalho.

O desencadeamento de vivências de sofrimento estava relacionado às dificuldades de adequação do conteúdo da tarefa e do modo operatório às necessidades psíquicas e corporais de cada um para a execução da tarefa. No presente estudo, as vivências de sofrimento dos bancários também estavam relacionadas à expectativa de obtenção de reconhecimento, na crença de que o sofrimento poderia ser transformado em prazer. Às vezes, a organização do trabalho acenava para o bancário com promessa de reconhecimento; o bancário respondia com mais investimento e engajamento no trabalho; contudo, o reconhecimento tão desejado raramente se concretizava. Para conjurar o sofrimento advindo das dificuldades e da repressão da subjetividade, os bancários construíram estratégia de defesa, como a auto-aceleração do ritmo de trabalho, que se configurou como uma via de evasão dos conflitos e pressões engendrados pela organização do trabalho. Assim, a normalidade foi conseguida mediante a luta contra a desestabilização psíquica, risco proveniente do enfrentamento das pressões de trabalho. Com o fracasso da estratégia defensiva, o corpo se tornou alvo da descompensação psicossomática (Dejours, 1986, 1992, 1994, 1998, 2000).

De acordo com os resultados, a constatação é a de que as fontes de adoecimento ligadas ao trabalho bancário estão mais complexas e sofisticadas, em consequência do enfrentamento de uma organização do trabalho cada vez mais desfavorável à saúde, a despeito das facilidades e comodidades proporcionadas pela tecnologia. Nessa nova configuração do trabalho bancário, os mecanismos de pressão e de opressão se intensificaram.

Apesar de algumas pesquisas apontarem para um percentual maior de mulheres adoecidas por LER/DORT, o que se constata é que os homens também adoecem por essa patologia. Quanto a esse fato, é preciso considerar o viés discriminatório e naturalizante em relação às concepções da divisão social de trabalho e ainda as implicações culturais e sociais que envolvem homens e mulheres quanto à reticência ou não de falar do sofrimento no trabalho (Hirata, 2000; Segnini, 1998; Dejourns, 1992).

A análise clínica sobre o adoecimento por LER/DORT evidencia que essa patologia não decorre apenas da simples execução de tarefa prescrita. Trata-se de um processo mais complexo, pois trabalhar não é uma ação individual, pressupõe uma relação com o outro. O encontro do trabalhador com a organização do trabalho e as vivências decorrentes dessa interação podem colocar em risco a saúde do trabalhador. O adoecimento dos bancários por LER/DORT indica ainda que o trabalho é paradoxal: tanto poderá servir à emancipação, à objetivação da inteligência e ao desenvolvimento da subjetividade quanto poderá levar à alienação e tornar-se perigoso ao equilíbrio psicossomático. O estado de alienação em que se encontravam os bancários participantes deste estudo era tão intenso que eles quase se tornaram despossuídos de seus corpos físico e psíquico; eles se encontravam em um estado de servidão voluntária, conforme o pensamento de La Boétie (1999).

6.2 As Vivências de Sofrimento e as Estratégias de Defesas

De acordo com a Psicodinâmica do Trabalho, os trabalhadores, ao serem confrontados com a experiência da resistência da situação real de trabalho, mobilizam suas inteligências, engajam seus corpos para darem conta de superar a defasagem entre a organização prescrita e a organização real do trabalho (Dejourns 1992, 1994, 1999, 2000, 2001; Mendes, 2002, 2003, 2004).

Do engajamento do corpo e da inteligência, surgem as idéias, as contribuições, os ajustamentos do prescrito, enfim, o trabalho. As soluções, os achados passam por um julgamento de utilidade e de beleza por um outro, seja ele a chefia ou os colegas próximos. É esse julgamento que confere reconhecimento ao trabalhador pelas suas contribuições para a organização do trabalho. Porém, se esse reconhecimento tão esperado não ocorre o trabalho perde o sentido, o prazer e não se encontra uma via para a ressignificação do sofrimento engendrado pelas dificuldades encontradas na realização das tarefas. A falta de reconhecimento então suscita a estratégia de defesa como forma de conjurar o sofrimento e

bem trabalhar.

De forma geral, as estratégias de defesas encontradas no presente estudo configuram-se no estatuto de individuais. As tarefas repetitivas e sob pressão de tempo, como são organizadas as tarefas informatizadas, no caso específico do setor bancário, estão estruturadas segundo os parâmetros da Organização Científica do Trabalho. Esse tipo de organização visa a economia somática em situação de trabalho e o trabalhador se torna despossuído de seu equipamento intelectual com o único objetivo de aumentar a produtividade. E ainda, nesse sistema há mais divisões que inspiram atitudes individualistas do que de união, de cooperação, de solidariedade e de colaboração (Dejours 1992).

Nessa organização, os bancários encontraram dificuldade para a formação de um coletivo de trabalho que possibilitasse a criação de espaço para discutir e elaborar as experiências de sofrimento e reconstruir o que estava em causa na patologia. Assim, confrontados com o isolamento imposto por esse tipo de organização do trabalho e impulsionados pelo espírito de competitividade disseminado entre os pares por causa da produtividade, cada bancário teve de encontrar, sozinho, as saídas para enfrentar o sofrimento gerado pela violência por produtividade (Dejours, 1992; 2000).

A seguir, serão apresentadas as vivências de sofrimento que desencadearam as estratégias de defesas de cada participante dessa pesquisa.

Em relação ao caso do bancário *João*, a indicação de vivência de sofrimento está inicialmente relacionada à mudança de posto de trabalho, ocasião em que deixou de exercer atividade de criação de aplicativos, de programas de automação das rotinas bancárias e passou a executar uma tarefa na condição de usuário desses aplicativos. A tarefa denominada de análise de operação era determinada pela rigidez das prescrições, com pressão de tempo, de produtividade e sob forte vigilância da chefia. Nesse novo ambiente, além de se tratar de uma tarefa burocratizada, pois para executá-la bastava seguir os passos já pré-estabelecidos, não havia espaço para negociação, para discussão, para efetuar arranjos nas prescrições.

Nessa situação, o bancário se viu só para encontrar a saída para enfrentar as pressões, embora partilhasse coletivamente da vivência do mesmo local de trabalho, porque nesse espaço não havia lugar para as defesas coletivas, em virtude das características da organização do trabalho, que gerava mais divisões do que cooperação. Foi individualmente e na solidão que enfrentou as pressões por produtividade. Assim, só lhe restou a monotonia, a repetição, a aceleração dos gestos como uma forma de abreviar o tempo da tarefa destituída de sentido.

Outra indicação de sofrimento está presente no encontro desse bancário com o gerente da área de operações bancárias. Este dizia não possuir afinidade *com gente*, pois preferia as *máquinas*. Por essa razão, esse bancário se viu transformado em uma máquina, pois foi “*submetido a horas intermináveis de trabalho*”, “*passava o tempo todo na empresa*”, ou seja, uma verdadeira inversão de ordem das coisas. A ausência de possibilidades de uso de sua inventividade, de sua inteligência, de forma a adequar a tarefa ao que lhe parecia ser o melhor modo para execução, tornou-se uma fonte de conflito com o gerente.

Acompanhada da intensificação da jornada, *entrar às 7h da manhã e sair às 10h da noite* ou *às 2h da manhã do outro dia*, estavam presentes as cobranças por produtividade seguidas de *ameaças constantes*. Caso não cumprisse toda a *demanda* que lhe era atribuída poderia perder a *comissão* de função, o que significa perdas materiais.

A despeito de ter um histórico de boas indicações e boa conduta, de repente sua vida deu uma *reviravolta*. Considerou a pior época de sua vida, pois afirma que: “*conheceu a depressão, o medo, o terror, o temor e a perseguição*”. Diante de todas essas dificuldades encontradas para realização do trabalho e, portanto, geradoras de sofrimento, a saída encontrada, a estratégia de defesa, foi a auto-aceleração do ritmo de trabalho, embora este bancário tenha afirmado que não “*resistia*” às constantes e intensas cobranças por produtividade e às pressões de tempo e que “*aceitava passivamente*”. O que se constata é que ele reagia com mais trabalho; sempre que o gerente lhe “*pedia algo mais*”, ele “*tentava fazer*”, mesmo que fosse para ficar no banco “*após o horário de trabalho*”, ou seja, ele se submetia.

A partir de então, o sentimento de insatisfação, de indignação por executar uma tarefa monótona sem poder fazer uso de sua inteligência, de sua subjetividade, acrescido do conflito com o gerente, do medo diante das pressões e ameaças por produtividade. Com o passar do tempo, essa aceleração do ritmo provocou a contração dos músculos e levou ao desencadeamento de processos inflamatórios e, por fim, as LER/DORT propriamente ditas.

A constatação do adoecimento por LER/DORT desencadeou no bancário o sentimento de *desamparo*, porque as “*perdas são tremendas*”, tanto matérias quanto psíquicas. Em relação ao banco, esse bancário “*sentiu que estava sozinho*”, que era “*usado*” e “*rejeitado em quase tudo*”, pois “*não tinha apoio do sistema médico do banco*”. Na sua percepção, não faz parte da política do banco conviver com funcionário doente, esta é uma “*situação insustentável*”, pois uma pessoa “*doente é imprestável*”, tem que de “*sair do sistema*”, não serve mais. Ou seja, o bancário fala de uma organização do trabalho em que só o corpo produtivo é aceito; não há espaço para o trabalhador com problemas de saúde, principalmente

em se tratando do sexo masculino em que o adoecimento é causa de sentimento de vergonha, é sinônimo de fragilidade (Dejours, 1992). Além de o adoecimento por LER/DORT se tornar um impedimento para manutenção da aceleração das cadências, a pessoa corre o risco de ser julgada como preguiçosa e lerda pelos colegas e chefias.

Desse modo, para conseguir trabalhar, apesar da doença, e continuar pertencendo ao sistema, esse bancário, enquanto pôde, fez uso da medicalização como uma estratégia de defesa. Como afirma Dejours (2007), o adoecimento desestabilizou a eficácia da estratégia de defesa, a auto-aceleração dos movimentos, e sem ela o bancário percebia a dor nas articulações que ameaçava a sua produtividade. Por isso, o uso constante de *analgésicos* trazia a *cura imediata*, anesthesiava os sinais de dor que vinham do corpo. Enquanto isso, ele conseguia manter a performance produtiva, garantia o seu espaço de trabalho, ajudava a enfrentar os preconceitos e a manter a esperança de ter obter reconhecimento pelo seu esforço e engajamento no trabalho.

Quanto ao caso da bancária *Alice*, de acordo com o seu relato, há indicação de vivência de sofrimento em vários momentos. Inicialmente, quando estava na função de digitação de dados, ela estava submetida à pressão por produtividade. Segundo essa bancária, a contagem do resultado de seu trabalho “*era por toques, porque cada documento tem características diferentes um do outro*”. Foi nessa época que o banco instituiu um programa de premiação para o bancário que fosse mais rápido na digitação dos dados.

Ao ler o relato, à primeira vista, fica parecendo que a competição gerada entre essa bancária e os seus colegas para a obtenção do prêmio se tratava de uma cena lúdica. Ela afirma com euforia e orgulho: “*Eu ganhava todas!*”; “*eu era uma boa digitadora*”; “*o pessoal vibrava quando eu saía de férias*”. Após essas palavras, ela ri; em seguida, toma consciência do que lhe aconteceu e diz: “*A gente era tão besta, né?*” Há aí expressão do sentimento de idiotice, de se ter deixado enganar, a consciência de seu sofrimento e do início do processo de adoecimento, pois afirma que foi nesse momento que “*as dores começaram*”.

Para permanecer em um contínuo estado de competição com seus colegas, essa bancária se manteve na aceleração desenfreada das cadências, segundo afirma: “*Era difícil me pegar*”. Até então, os gestos frenéticos tinham o objetivo de conquistar o campeonato de produtividade e, assim, obter o reconhecimento de sua performance e de seu engajamento no trabalho. Porém, com o passar do tempo percebeu a armadilha em que tinha caído. Desde então, o sentimento de culpa por ter adoecido a levou a pensar que foi castigo de Deus por ter tido um comportamento tão absurdo: “*A gente sabe que Deus dá uma...*”

Na impossibilidade de voltar-se contra quem lhe infringiu tamanho sofrimento, de expressar seu sentimento de indignação e de idiotice, estes voltam contra si mesma na forma de intensificação da aceleração dos movimentos e, por isso mesmo, sua produtividade aumentava.

Em seguida, a vivência de sofrimento estava relacionada ao cargo de chefia da digitação. Nesse caso, a pressão maior era a do horário; o volume de serviço era muito grande, tinha prazo para a entrega das informações para serem processadas e como afirma: “*Sempre foi um quadro justo, nunca se trabalhou com folga de funcionários*”. E, às vezes, “*teve casos que você ficava doida*”. Ao falar da vivência de momentos de loucura, pode-se afirmar que o enfrentamento dessa tarefa colocou em risco a sua saúde mental. Tratava-se de uma tarefa desprovida de sentido e extremamente monótona. A normalidade psíquica foi conseguida mediante o uso da auto-aceleração dos movimentos como uma estratégia de defesa.

Outra indicação de vivência de sofrimento foi evidenciada quando a bancária exerceu o cargo de subgerente da área de terceirização dos serviços de digitação. Primeiramente, porque *a quantidade de serviços era enorme, as atividades eram muitas* e qualquer anormalidade nos documentos enviados pelas empresas prestadoras de serviços para banco exigia solicitação de correção. Assim, o medo e a insegurança de que algo errado pudesse acontecer e colocar sua reputação em risco manteve essa bancária na execução das atividades no computador: “*Eu tenho que prestar conta*” e se a tarefa “*não sai, a culpa é minha*”, a “*responsabilidade do setor é minha*”, por isso “*eu tenho que ajudar*”.

Diante das pressões por produtividade e de tempo, o sentimento dessa bancária oscila entre a culpa e a responsabilidade. O sentimento de culpa alimentava a sua disciplina, a sua autovigilância na execução das atividades para não haver erros e alimentava a sua desconfiança em relação à competência de seus subordinados. Por isso, ela afirmou: “*nunca me livre do computador*”. Diante desse sofrimento mental, torna-se maior o seu engajamento e a submissão do corpo, expressos na aceleração dos gestos para enfrentamento do sofrimento e dar continuidade à sua dramaturgia, manter a performance produtiva a despeito da dor.

Ainda, há a indicação de vivência de sofrimento quando foi trabalhar na área de produtos do banco, na qual efetuava “*instalação de programas nas empresas*”. A execução dessa tarefa exigia deslocamento do banco até a sede das empresas, ocasião em que carregava uma *maleta bastante pesada* que continha todos os equipamentos necessários para a implantação dos programas: “*Eu levava porque se a gente chegasse na empresa e o Windows não fosse completo você tinha que instalar os componentes que faltavam para fazer funcionar*”.

o programa”. Para a bancária, realizar essa tarefa em algumas empresas “*era uma tristeza*” e ironiza a sua dificuldade em relação ao grau de desconhecimento dos clientes em relação ao uso dos programas: “*Tinha que esclarecer até que tinha que tirar o plástico do teclado*”. Contudo, só não era pior porque, segundo a bancária: “*cada dia eu estava em um lugar*”; “*complicava um pouco carregar a maletinha pesada e também porque ela continuava sentindo dor*”; “*o movimento do braço*” praticamente perdido e o “*grau de inflamação muito alto*”.

Enfim, até o adoecimento, a aceleração dos movimentos fez o papel de defesa contra o sofrimento e, portanto, conseguiu se manter em uma normalidade psíquica. Após o adoecimento, essa bancária passou a fazer uso de medicamentos como uma estratégia de defesa para anestesiá-la a dor e continuar trabalhando: “*Eu trabalhava com dor*”; “*ela começa a te atacar quando você pára*”; “*you toma um remédinho, aí passa e você dorme tranqüila*”; “*depois ela passa a te atrapalhar nos períodos de trabalho*”; “*o remédio ameniza e você continua trabalhando*”. Assim, aos poucos, a dosagem de remédios aumenta, porque a dor passa a ser contínua, não dá trégua: “*Os intervalos vão ficando mais curtos para você dar volta na dor*”. E assim, desencadeou-se o processo de cronificação da dor.

No que se refere ao **José**, as indicações de vivências de sofrimento estão relacionadas à pressão por produtividade, à pressão de tempo e às cobranças da chefia. O bancário relata que se sentia pressionado porque tinha “*uma tarefa e enquanto não terminasse não poderia ir embora; cada tarefa tinha determinado horário pra ser transmitida para a matriz em São Paulo*”. Como era um volume bastante grande de documentos para ser digitado, ele sempre extrapolava o horário normal da sua jornada. Trabalhava de acordo com o horário de prioridade de cada tarefa, era cobrado pela chefia porque “*tinha que terminar naquele horário e nada podia ficar de fora*”, não podia esquecer nenhum documento.

As tarefas repetitivas e sob pressão de tempo, para a obtenção de mais produtividade, são organizadas de modo que o trabalhador jamais desvie o seu pensamento. A hiperatividade demandada do corpo (de 10 a 15 mil toques por hora) para execução dessa tarefa se torna uma estratégia de defesa que esconde o sofrimento, de tal modo que essa violência se volta contra a própria pessoa (Pezé, 2002). A vivência de insatisfação com as pressões e a inadequação da organização do trabalho que impede o livre engajamento do corpo é expressa na fadiga física; o bancário afirma que “*chegava em casa tão cansado que não sabia se estava doente ou com fome*”.

Ainda se sentia pressionado para o cumprimento de cotas de vendas dos produtos do

banco: *“tinha que cumprir cota de venda de seguro, de título de capitalização, cheque especial e outros. Caso não vendesse, tinha cobrança em cima; não tinha contato direto com o cliente, mas tinha que vender e se não cumprir a meta podia ser demitido”*.

É impressionante que um bancário que trabalha à noite, das 21h às 2h30m em serviço de digitação de dados, sem contato direto com os clientes, tivesse de se ocupar também com vendas dos produtos do banco. Essa exigência desestrutura o tempo de trabalho, ou seja, não há mais ruptura entre o tempo de trabalho e o de não trabalho. Com a intensificação da jornada, torna-se difícil para o bancário se desligar, porque se intensificam também as pressões, pois se não conseguir cumprir as cotas de vendas pode ser punido. As ameaças aumentam as vivências de sofrimentos e colocam a saúde em risco.

Com relação à bancária **Maria**, há indicações de vivências de sofrimentos relacionadas à pressão dos clientes e às dificuldades no relacionamento com a chefia e os colegas.

Inicialmente, a bancária ocupava o posto de trabalho de caixa em uma agência localizada no Fórum de Justiça. Para o desenvolvimento do trabalho de atendimento, enfrentava pressão do cliente, de tempo e de produtividade, pois naquele local havia um *“fluxo muito grande”*, o que exigia uma triagem, porque passavam pela agência em torno de *“cinco mil pessoas por dia em busca de informações”*. Essas diferentes fontes de pressão chegavam ao mesmo tempo e contribuíram para o desencadeamento da hiperatividade; quanto mais rápida nas ações, menos tempo gasto com cada cliente e maior a produtividade.

Aparentemente, a tarefa de caixa pode parecer simples, como a própria bancária diz: *“Você recebe o documento do cliente, verifica o documento, recebe o dinheiro, autentica o documento, devolve o troco e o documento para o cliente”*. Porém, se do ponto de vista físico dos movimentos, dos gestos expressados, a tarefa pode parecer simples, no que diz respeito à parte mental ela é difícil. Essa tarefa requer vigilância constante para não haver evasão do pensamento, sob pena de cometer erros, perder o ritmo e a cadência dos movimentos que mantêm a agilidade necessária para cumprir as metas de produtividade (Pezé, 2002).

A dificuldade encontrada para executar uma atividade cujo conteúdo não atendia à sua necessidade intelectual, levou a bancária à experiência de dupla tarefa, pois passou a ajudar nas tarefas de outros setores que estavam sobrecarregadas. Como acreditava que tinha *“perfil”* para trabalhar em outras áreas, encontrava aí uma oportunidade de se livrar *“daquela coisa muito mecânica”* e também *“dava oportunidade”* de ser reconhecida e de ser remanejada

“*daquela coisa maçante*” para um posto melhor de trabalho. Ela apostava nessa chance de reconhecimento, embora se sentisse mais “*sobrecarregada porque nunca ficava num processo só*”.

Porém, a despeito da experiência da dupla tarefa, a bancária sentia que o que mais “*pesava*” e se tornava difícil de enfrentar era a “*questão emocional*”. O clima de competição entre os colegas de trabalho gerou um ambiente de desconfiança e de rivalidade; enquanto que as políticas internas que privilegiavam alguns e massacravam outros, lhe causava sentimento de “*mágoa*”. Além disso, a *postura do gerente* de indiferença em relação ao seu esforço, a fazia se sentir “*injustiçada*”, sentimento que se somava à obrigação de se manter numa *postura* física que considerava *incorreta* para o manuseio da máquina, pois lhe dificultava o livre movimento dos gestos. A bancária também se ressentia da “*ansiedade*” ao ver o “*cliente chegar*” e a “*hora chegar*”. Desse modo, a vivência de sofrimento vinha tanto da pressão exterior - dos clientes, da fila e do gerente - quanto da interior - da insatisfação, do descontentamento e da mágoa, que geravam dor no corpo.

Ainda, há indicação de vivência de sofrimento também quando foi designada para o posto de recebimento de custas judiciais. Quando estava no caixa, conseguia “*conversar um pouquinho*” quando o cliente “*pedia uma informação*” ou quando “*concedia uma assinatura*”. Mas nesse posto de recebimento de custas, não havia espaço para a comunicação com o cliente. O grau de mecanização da tarefa e a agilidade do gesto eram tão grandes que a bancária os resume na seguinte seqüência: “*recebe-cobra, recebe-cobra*”. Tratava-se de uma atividade que não permitia iniciativa, carente de conteúdo significativo e que não viabilizava a expressão de sua inteligência.

Conforme seu relato, a bancária não tinha tempo “*nem para ir ao banheiro*” e quando necessitava ir, se sentia “*pressionada*” e “*chateada*” por ter de deixar os clientes esperando porque a “*maioria reclama*”. Na sua percepção, esse “*problema era do banco*”, não do cliente; o banco precisava ver “*o lado humano da coisa*” e em casos urgentes, talvez adotar uma estratégia para cobrir essas ausências e não deixar o cliente na fila.

Assim, constata-se que essa bancária não podia se distrair da monotonia inerente à tarefa; não podia pensar, não podia usar sua inventividade, sua criatividade. Nas suas jornadas, ela teve de suportar a aridez da tarefa repetitiva que não permitia nenhum espaço para a adequação do modo operatório às suas necessidades física e intelectual.

Por fim, para continuar trabalhando doente, recorreu à ajuda médica; passou por

ortopedistas, sessões de fisioterapia, análise com psicóloga e *ajuda medicamentosa* por causa da *ansiedade*. Essas estratégias tiveram algum resultado e por um período ficou sem sentir dor nas articulações, mesmo no trabalho. Com o tempo, porém, os sintomas das LER/DORT voltaram, se agravaram e a bancária não conseguiu escapar da cirurgia nos dois punhos. Um triste fim por conta da perda da *força muscular* após a cirurgia e o conseqüente comprometimento de suas mãos, o seu instrumento primordial de trabalho, após ter se submetido a uma organização do trabalho devastadora.

Como foi preconizado por Dejours (1992, 1994, 1999, 2000), Ferreira e Mendes (2003) e Mendes (2004) a vivência de sofrimento pressupõe o uso de estratégias defensivas. Elas têm papel importante na mediação da saúde dos trabalhadores, pois ajudam a manter o psiquismo em estado de normalidade.

Desse modo, nos quatro casos analisados, a auto-aceleração dos movimentos serviu para o enfrentamento das restrições e pressões impostas pela organização do trabalho bancário. O uso dessa estratégia restituía um pouco da autonomia do bancário no desenvolvimento de uma dramaturgia para realizar a tarefa. Mediante a criação e encenação dos gestos, foi possível expressar o estilo pessoal e tornou-se também via de expressão da subjetividade reprimida. Enquanto agüentaram, os bancários fizeram uso dessa estratégia para neutralizar o pensamento e não sofrer, para conseguir anestésiar a dor que vinha do corpo e poder bem trabalhar. Pode-se ainda não dizer que, no estado de transe induzido pela aceleração dos movimentos, eles obtinham um pouco de prazer decorrente do domínio e manejo hábil da máquina em que trabalhavam. Essa dramaturgia do gesto é que lhes conferia identidade.

7. O OLHAR DOS BANCÁRIOS ADOECIDOS POR LER/DORT SOBRE O PROCESSO DE REABILITAÇÃO FÍSICA E REINserÇÃO NO TRABALHO

Este capítulo apresenta as análises do núcleo de sentido (Mendes, 2007) dos processos de reabilitação da capacidade laboral e reinserção no trabalho dos bancários portadores de LER/DORT. A primeira parte apresenta as quatro categorias empíricas que foram construídas a partir da análise do núcleo de sentido das entrevistas sobre o processo de reabilitação da capacidade laboral. Foram encontradas quatro categorias temáticas, nomeadas com frases dos próprios bancários e que sintetizam o núcleo de sentido identificado nas verbalizações. Em seguida, são apresentadas as categorias empíricas referentes às estratégias defensivas construídas pelos bancários para enfrentarem o sofrimento causado pelo afastamento do trabalho, para reabilitação da saúde. Por último, na segunda parte, são apresentadas as quatro categorias empíricas referentes ao processo de reinserção no trabalho. Para sua construção, também foi adotado o critério temático, que sintetiza o núcleo de sentido das verbalizações e também foram nomeadas com frases dos próprios bancários.

Parte I

O PROCESSO DE REABILITAÇÃO DA SAÚDE

- *“Eu vou fazendo as fisioterapias”*
- *“O tratamento, eu acho que ele fez o que podia e o adequado”*
- *“Tomei remédio e fiz fisioterapia, mas não senti nenhuma melhora”*
- *“Eu tinha que fazer cirurgia nas duas mãos”*

A seguir, serão apresentadas as definições das categorias acompanhadas dos temas, dos exemplos de verbalizações dos bancários sobre o processo de reabilitação da capacidade laboral e as respectivas análises.

“Eu vou fazendo as fisioterapias”

Com o afastamento médico para tratamento da saúde, começou a fazer fisioterapias; com esse tratamento sentia uma melhora, um alívio. Às vezes, chegava na clínica com dores ou com algumas limitações e após a sessão fisioterápica saía melhor, mais calmo. Por outro lado, indica os pontos negativos desse processo: primeiro, e mais importante, foi sentir-se ignorado e abandonado tanto pelo banco quanto pelo INSS. Em seguida, o afastamento lhe causou perdas financeiras, as quais influenciaram negativamente a parte psicológica. Com isso, passou a ter depressão, pânico e, juntando tudo, se viu com várias doenças. Ainda, considerou negativa a postura do médico do banco e do INSS que não dá esclarecimentos sobre a doença; diante das incertezas, procurou pelo menos abreviar as dores, os sintomas; por isso, foi fazendo as fisioterapias. Por fim, não acredita que tratamento algum vá lhe trazer melhora porque tudo é negativo: do lado do banco, se sente discriminado e jogado para escanteio, pois banco nunca procurou saber se ele estava bem; do lado do governo, do INSS, os técnicos não o orientam, não o encaminham para nada; eles ficam fazendo conta se afastam por um, dois ou cinco meses; acredita que esses profissionais são instruídos e pagos para mandar a pessoa trabalhar, eles não estão preocupados com a cura.

Temas: ajuda da fisioterapia; fatores que influenciam a reabilitação; afastamento provoca perdas; dúvidas quanto à eficácia do tratamento.

Exemplos de verbalização:

- *“Eu acho que o aspecto negativo que contribui essencialmente para que não tenha resultado nesse processo de doença é a situação de abandono.”*
- *“Você perde financeiramente, você perde porque sua saúde fica agravada e influencia psicologicamente.”*
- *“Você passa a ter depressão, você passa a ter pânico e você junta tudo e não é só uma doença.”*
- *“No tratamento, o que mais ajudou foi a fisioterapia, porque ela te acalma, ela tira dores, você sente uma melhora.”*
- *“Então, eu limito a procurar pelo menos abreviar essas dores, abreviar esses sintomas e procurar por uma qualidade de vida. Por isso, eu vou fazendo as fisioterapias.”*
- *“Se o tratamento melhora? Eu acho que tratamento nenhum vai me trazer melhora, porque tudo é negativo.”*

A categoria evidencia as dificuldades do processo de reabilitação da saúde. Após tratamento, a presença da dor leva a crer que nada será capaz de ajudar na recuperação da saúde. Entre os fatores que dificultam a reabilitação da capacidade laboral estão o abandono, a perda financeira e a falta do apoio do banco; esta revela a perda maior, representada pela falta de reconhecimento, fator que confere identidade e, por isso, importante na construção da

saúde. A dinâmica do reconhecimento ficou impedida porque o adoecimento provocou a desestabilização da estratégia de defesa e, sem ela, não há mais performance produtiva. Em decorrência desse quadro, o estado de saúde do bancário se agravou, levando-o à depressão e à síndrome do pânico. Outra questão importante evidenciada na análise foi que a cronicidade da dor dificultou o tratamento, pois gerou um círculo vicioso de incompreensões em relação à modalidade mais eficaz e levou ao fracasso. Todo tratamento exige paciência porque é necessário tempo para obtenção de resultado. Essa exigência nem sempre é fácil para o bancário, pois ele estava vinculado à temporalidade da máquina, marcada pela velocidade das respostas (Grisci, 1999; Uchida, 1998). A espera pela resposta lenta do corpo, em relação ao tratamento, gera impaciência e desistência. A esse estado, soma-se a demanda por uma nova postura corporal que, às vezes, vai contra os modos operatórios determinados pela organização do trabalho. Por isso, as contínuas mudanças de médicos e de modalidades de tratamento. Ainda, a burocracia da perícia médica do INSS submeteu o bancário a um processo que se arrastou por vários meses, sem contar os maus-tratos no atendimento da perícia.

“O tratamento, eu acho que ele fez o que podia e o adequado”

Inicialmente, procurou ajuda de um médico ortopedista; passou por quatro deles para confirmar diagnósticos e para a adaptação ao melhor tipo de tratamento. Enfrentou várias modalidades de tratamento, dentre elas estão as sessões de infiltrações, de fisioterapia, seguidas de remédios e também de repouso. O tratamento fisioterapêutico causou complicações porque alterou o quadro geral da bursite; teve que parar com esse tratamento porque doía demais. Por causa disso, o médico prescreveu um tratamento medicamentoso acompanhado de alguns exercícios para serem feitos em casa, mais as sessões de infiltrações. Porém, como não houve melhora dos movimentos, porque o braço não levantava mais, não recuperava, não progredia, resolveu parar também com as infiltrações porque achou que estava piorando. O que mais a ajudou no tratamento foi o repouso. Durante o período em que estava de licença, em repouso, sentia o braço mais solto, mais leve e parecia que não havia um peso que o puxava, que o travava e segurava. Contudo, acredita que o tratamento realizado não contribuiu para melhora da saúde, pois nunca recuperou tudo, não evoluiu o tanto que o médico achava que fosse possível. Os movimentos do braço voltaram a travar e não adianta porque não evolui. Por isso, acha que o tratamento fez o que podia e o adequado; a musculatura e o tendão já foram exigidos demais, ficaram comprometidos. E, agora, até para trocar de roupa está difícil.

Temas: as limitações do tratamento; as interrupções; o repouso ajuda; descrença na recuperação.

Exemplos de verbalização:

- *“Eu entrei de licença e continuei com as infiltrações, fisioterapia, remédio e, inclusive, repouso.”*
- *“Aí, a fisioterapia estava alterando a bursite e eu tive que parar.”*
- *“No início, o meu primeiro socorro, eu procurei foi no ortopedista. Aí, eu fui em quatro ortopedistas porque você tem que confirmar diagnósticos.”*
- *“Eu acho assim, o tratamento, eu acho que ele fez o que podia e o adequado.”*
- *“Aí, parei com as infiltrações porque só estava piorando; mesmo tomando o medicamento e tudo, não progredia mais.”*
- *“O que mais ajudou foi o repouso.”*
- *“Mas eu nunca recuperei não.”*

A categoria indica as diferentes tentativas de tratamento para a busca da reabilitação da saúde. A atitude de consultar vários ortopedistas para confirmar diagnóstico revela a dificuldade da bancária em aceitar o fato de ter adoecido e também as incompreensões médicas no estabelecimento do diagnóstico e na adoção de um tratamento eficaz para as LER/DORT. Para a bancária, as dificuldades no tratamento são decorrentes da fragilização da musculatura e do tendão que foram muito exigidos e que agora não respondem mais às tentativas do tratamento fisioterapêutico. Acredita que o repouso foi o que mais a ajudou no alívio das dores. No processo de busca por reabilitação da saúde, as contínuas interrupções do tratamento fisioterapêutico podem indicar as dificuldades para suportar o tratamento e também porque ele exigia uma nova disciplina corporal, às vezes, contrárias àquelas determinadas pela organização do trabalho. A demanda de tempo para obtenção de resultado era diferente daquele vinculado à instantaneidade do trabalho automatizado. Nesse caso, a mudança de um estado para outro não é instantânea, quando se considera o estado de cronicidade da patologia; por isso, a impaciência e a contínua desistência do tratamento. Ainda, a dificuldade de recuperação da dor pode estar ligada à desestabilização das estratégias de defesas, pois, após o adoecimento, elas não podiam mais ser endossadas pela bancária. Com o fracasso das estratégias defensivas, a bancária se vê incapacitada de retornar ao trabalho, pois ela não podia mais evitar a percepção de dor. Assim, sem as estratégias, o medo produzia sintomas que são somáticos, a dor persistia.

“Tomei remédio e fiz fisioterapia, mas não senti nenhuma melhora”

Afirma que ainda não está recuperado, porque as dores no braço continuam e sabe que está doendo. Ele tem dificuldades até para respirar e expirar, porque dói o peito e, às vezes, não agüenta andar, mas precisa fazer as coisas e tem que andar. Tomou remédio e fez fisioterapia, mas não sentiu nenhuma melhora; parece que está agravando mais porque agora sente dores na coluna e na perna. Por ter voltado a trabalhar, o último exame também indicou hérnia de disco. Teve época em que, além dos remédios que tomava, inclusive remédio controlado, estava com dois, três e até cinco médicos; passou por ortopedista, neurologista, o próprio médico do trabalho e um reumatologista. Há momento em que a dor é tão grande que não suporta, ela só pára quando dorme. Acredita que isso não tem jeito, não tem melhora.

Temas: as dores continuam; ineficácia do tratamento; a patologia não tem cura.

Exemplos de verbalização:

- *“Na verdade, eu não estou recuperado.”*
- *“Na época, eu tomei remédio, fiz fisioterapia, mas eu não senti nenhuma melhora. Eu tomei remédio controlado forte, mas não senti melhora.”*
- *“Eu estou sentindo dor e tem hora que é tão grande que eu não suporto; ela só pára quando eu durmo.”*
- *“Então, isso não tem jeito. Eu já fiz fisioterapia e tomei remédio.”*
- *“Eu passei por ortopedista, neurologista, reumatologista e o próprio médico do trabalho.”*

A categoria indica a tentativa de recuperação da capacidade laboral. Nesse processo, por não ter conseguido o resultado esperado, em virtude da cronicidade da patologia, o bancário tem uma atitude de descrença em relação às possibilidades de melhora. A passagem por vários especialistas da área de saúde revela a complexidade dessa patologia e, por conseguinte, a incompreensão em relação ao tratamento que, na maioria dos casos, fracassa. Segundo o bancário, a patologia agravou porque agora sente dor na coluna, na perna e está com problema de hérnia de disco, ou seja, ele passou a ter outros problemas. Nesse caso, também a dificuldade de recuperação da saúde pode estar ligada ao processo de cronicidade da dor, decorrente do excesso de medicação ao longo dos anos, e também à desestabilização das estratégias de defesas após o adoecimento. O tratamento fisioterapêutico exige uma nova postura corporal no trabalho e o bancário sabe que não poderá se manter no mesmo ritmo acelerado, com as mesmas performances produtivas. O medo de não conseguir retornar para o trabalho desenvolve mais sintomas sobre o corpo; o bancário sabe que deve voltar ao trabalho,

mas é um fracasso porque que ainda tem dor no braço, na coluna e na perna.

“Eu tinha que fazer cirurgia nas duas mãos”

O ortopedista recomendou cirurgia; entrou de licença e fez cirurgia na mão direita, onde sentia mais dores e ficou sessenta dias de licença. Depois, fez cirurgia na mão esquerda, como já estava determinado pelo ortopedista. Embora não sentisse tanta dor nessa mão, os exames mostravam maior comprometimento dela e se não fizesse a cirurgia o problema agravaria. Então, após sessenta dias da primeira cirurgia foi realizada a segunda. O pós-operatório dessa mão foi mais complicado, exigiu mais repouso porque a cirurgia foi diferente: essa mão estava mais comprometida e a cicatrização não foi boa. Durante os sessenta dias após a primeira cirurgia fez fisioterapia na mão direita e continuou na mão esquerda porque perdeu a força muscular. Nesta mão, além da fisioterapia teve de fazer infiltrações porque deu problema; por isso, o cuidado foi diferenciado. Após a cirurgia, não sentia a mão, só aos poucos é que a sensibilidade foi voltando. Com nove meses de licença, estava se sentindo bem, não tinha problema, era como se tivesse ganhado outras mãos. Contudo, ainda tem algumas coisinhas. Três meses antes de completar o período de licença voltou ao médico do trabalho e à perícia médica do INSS. Após exames, o perito concedeu mais três meses de licença. O médico-assistente achava que com mais esse período seria possível recuperar mais alguma coisa; inclusive, recomendou terapia ocupacional. Nesse período, não recebeu acompanhamento nem da gerência nem do RH do banco, por isso, sentia-se como um objeto no ambiente de trabalho.

Temas: tratamento cirúrgico; dificuldades na recuperação; sentimento de abandono.

Exemplos de verbalização:

- *“Eu entrei de licença e fiquei durante uns nove meses.”*
- *“Na verdade, eu fiz a cirurgia de uma mão e fiquei 60 dias de licença; depois eu fiz na outra mão, estava previsto.”*
- *“Assim, já estava claro que eu tinha que fazer cirurgia nas duas mãos.”*
- *“A cirurgia foi diferente, a cicatrização não foi boa, não foi a mesma.”*
- *“Eu perdi a força muscular e eu estou com dificuldades com essa mão ainda.”*
- *“E durante todo esse período eu fiquei fazendo fisioterapia.”*
- *“Aí, eu tive que fazer algumas infiltrações porque deu problema.”*
- *“Eu me sentia, assim, literalmente, um objeto no ambiente de trabalho; não houve acompanhamento da agência, do RH e nem de ninguém.”*

Essa categoria apresenta a bilateralidade das LER/DORT mediante o comprometimento das duas mãos, órgãos do reconhecimento no mundo do trabalho, que se

tornaram um lugar para expressão do conflito vivido. A luta para conseguir reabilitar a saúde foi árdua, por conta das complicações do pós-operatório, que geraram sofrimento físico pela dificuldade de cicatrização, pela perda muscular e de tato. Ao mesmo tempo, diz que “ganhou outras mãos”, mas ainda “tem algumas coisinhas” que não melhoraram. Esse paradoxo revela o fracasso da intervenção cirúrgica, que só visou a intervenção físico-anatômica e não considerou as questões psíquicas engendradas no processo de recuperação da saúde. A bancária se queixa do abandono, da falta de apoio do banco no período em que ficou afastada para tratamento. O adoecimento gerou perdas materiais e simbólicas, porque rompeu com a estratégia de defesa; sem ela, não se poderá evitar o medo da incapacidade de retomar as performances produtivas para a obtenção de reconhecimento. Desse modo, a recuperação se torna difícil, pela persistência dos sintomas somáticos engendrado pelo medo.

De acordo com a análise do processo de reabilitação da saúde, os bancários envolvidos no presente estudo só procuraram por tratamento especializado quando os sintomas das LER/DORT estavam em processo avançado, quando a dor tinha se tornado crônica. Ao sentirem os primeiros sinais de adoecimento, eles fizeram uso de medicamentos como uma medida paliativa para atenuar as dores e prosseguir no trabalho.

O medo das conseqüências que a patologia acarreta levou os bancários a procurarem ajuda médica só quando as dores passaram a ser intensas e persistentes e a interferirem na realização das tarefas. Eles procuraram, então, os médicos ortopedistas, reumatologistas ou neurologistas e tratamento fisioterapêutico, além da ajuda medicamentosa.

Todas as modalidades de tratamento utilizadas fracassaram porque não removeram os sintomas; quando muito, eles foram aliviados temporariamente, pois, após algum tempo, estavam de volta. A persistência da dor fez os bancários duvidarem da eficácia do tratamento; para eles as LER/DORT são uma patologia que não tem recuperação; por isso, têm de aprender a administrar os sintomas.

Segundo os bancários, existem alguns fatores que dificultam a reabilitação da capacidade laboral e que podem até mesmo agravar o quadro clínico. Entre os principais fatores estão: os sentimentos de abandono e de exclusão; a perda financeira; a falta do apoio do banco e a perda das relações sociais de trabalho; a fragilização do aparelho musculoesquelético, que foi muito exigido e agora não responde mais às tentativas do tratamento fisioterapêutico e medicamentoso; a dificuldade de recuperação da saúde também está ligada ao processo de cronicidade da dor, decorrente do excesso de medicação ao longo dos anos. A reabilitação é dificultada também pela perda simbólica, porque a desestabilização

das estratégias de defesas após o adoecimento representa a perda maior, que é a oportunidade de obtenção de reconhecimento pela produtividade atingida, que confere identidade e condição para manutenção da saúde.

De acordo com as análises, é consenso entre os bancários participantes deste estudo que o repouso é o fator que mais ajuda no alívio das dores, seguido do tratamento fisioterapêutico e medicamentoso, porque trazem alívio imediato das dores e das inflamações na região comprometida. Até certo ponto, durante o período em que os bancários permanecem em repouso, eles ficam livres do ambiente de pressão da chefia por produtividade e da pressão dos clientes por qualidade e rapidez nos serviços prestados. Assim, o afastamento favorece o distanciamento dos fatores que geraram o adoecimento, e uma vez sob a permanência deles, os sintomas tendem a se agravar.

Todos os bancários se queixaram das dificuldades de ter de se ausentar do trabalho para ir ao médico, quando começaram a perceber os primeiros sintomas. Isso se deve não somente às questões relativas à negação da patologia, mas também por causa do medo das conseqüências, caso a chefia imediata viesse a saber do problema de saúde.

A despeito do sofrimento decorrente das pressões e dos conflitos, para os bancários o afastamento do ambiente de trabalho, por longo tempo, também é um fator que contribui para o agravamento da patologia e dificulta as tentativas de reabilitação da capacidade laboral, pois o trabalho estrutura a vida psíquica, social e temporal das pessoas. O distanciamento do ambiente de trabalho leva os bancários a se sentirem abandonados e desamparados, pois como a interação com os colegas é rompida, ficam alheios às inovações e modificações ocorridas no trabalho, perdem as estratégias de defesas e a identidade de trabalhador fica abalada. Esse quadro conflui para a persistência dos sintomas das LER/DORT, enquanto que a presença das dores ajuda a tornar qualquer modalidade de tratamento ineficaz.

A complexidade dos fatores envolvidos no processo, a fragilização física decorrente das dores e das dificuldades impostas pelo adoecimento, a fragilização psíquica proveniente do sentimento de abandono, no estado de cronização da dor e a falta de escuta atenta dos problemas que vêm do trabalho levam a equívocos no estabelecimento do diagnóstico e na adoção de um tratamento adequado.

Diante desse quadro, os bancários também procuram por tratamento psicoterapêutico. Nesse caso, Araújo (1998) chama a atenção para o propósito do tratamento psicoterapêutico com trabalhadores portadores de LER/DORT. Ao se tentar essa modalidade de tratamento,

corre-se o risco de o trabalhador ser tomado isoladamente de sua situação de trabalho e de se considerar a dor como um sintoma histórico, relevando a sua concretude. Para o autor, cabe à psicoterapia tratar o sofrimento psíquico do trabalhador quando a ele estiver ligado um fenômeno de somatização.

Essa modalidade de tratamento deverá estar voltado para a escuta do sofrimento e para a busca de aprendizado que ajudem o trabalhador a conviver com as limitações impostas pela patologia e a reestruturar sua vida profissional e afetiva. Portanto, não se deve confundir o papel do tratamento médico e fisioterapêutico com o psicoterapêutico na cura das lesões orgânicas provocadas pela patologia.

Nessa mesma direção, Sato et al. (1993) alertam para os cuidados, especificamente com trabalhadores acometidos por LER/DORT, quanto à atribuição do envolvimento de fatores de ordem psicológica na origem e no tratamento dessa patologia. Frequentemente, ou eles estão revestidos por valores morais, como fraqueza e preguiça, ou por uma estrutura de personalidade mais propensa à doença ou são decorrentes de conflitos infantis inconscientes. Essas concepções vêem o trabalhador isolado de sua situação de trabalho, descolado das dificuldades geradas pelo confronto com a organização real do trabalho e dos conflitos presentes nas relações hierárquicas desiguais, que levam à penosidade e à sobrecarga de trabalho.

O trabalho terapêutico com grupos de portadores de LER/DORT desenvolvido por Sato et al. (1993), Araújo (1998) e Merlo et al. (2001) evidenciou que é possível, mediante a ajuda de uma equipe multidisciplinar, criar possibilidade para reflexão, discussão e expressão do sofrimento proveniente da relação entre trabalhador-trabalho e adoecimento. A partir de metodologias específicas, cada um desses trabalhos viabilizou condições para a construção de um conhecimento e de estratégias partilhadas coletivamente para ajudar os trabalhadores a enfrentarem o sofrimento, as limitações impostas pela doença e tornar possível uma nova realidade de vida, apesar da presença das LER/DORT.

A eficácia desse tratamento não está na remoção dos sintomas ou da dor física; ela remete ao plano simbólico, visto que a construção de um espaço de fala permite a ressignificação do sofrimento engendrado no trabalho, mediante a escuta atenta dos colegas e dos profissionais, do compartilhamento de sentimentos, dificuldades e experiências em processo de adoecimento semelhantes. O aspecto mais importante dessa modalidade de tratamento foi a possibilidade de resgate da identidade de trabalhador, perdida em consequência da exclusão social provocada pelo adoecimento (Araújo, 1998).

Em relação ao fracasso das formas tradicionais de tratamento, neste trabalho especificamente dos bancários portadores de LER/DORT, Dejours (2007) afirma que o insucesso do tratamento tem relação com a desestabilização das estratégias defensivas. Como foi discutido no capítulo três, as estratégias são construídas pelos trabalhadores para a obtenção de reconhecimento, para afrontar o medo, o risco e os perigos presentes no trabalho e têm o papel de manter a saúde psíquica em estado de normalidade. Para o autor, a estratégia de auto-aceleração dos movimentos, a partir de um certo nível de cadência, também ajuda a anestesiar a percepção de dor que vem das articulações, o que ajuda o trabalhador a conseguir trabalhar.

Para os bancários, o adoecimento por LER/DORT significou que as estratégias defensivas fracassaram no seu papel de conjugar o medo e o enfrentamento da monotonia da tarefa repetitiva e, sem elas, não há mais engajamento no trabalho. Os bancários se sentem angustiados porque, apesar do tratamento, reconhecem que ainda têm dor e a sua presença leva-os a acreditar que não estão curados. Nesse estado, eles se vêem incapacitados para retornar ao trabalho, embora saibam que devem voltar.

A modalidade de trabalho em grupos, dirigidos por uma equipe multidisciplinar, poderá ser adotada em complementação aos procedimentos terapêuticos convencionais, tendo em vista que ele permite espaço para reelaboração das conseqüências psíquicas e sociais do processo de adoecimento implicadas na reabilitação da capacidade laboral.

A análise evidencia ainda que no período em que ficam afastados do trabalho para reabilitação de saúde, os bancários são tomados por um sofrimento tão intenso quanto àquele que levou ao adoecimento. Adoecer por LER/DORT e afastar-se do ambiente de trabalho conduzem os bancários ao isolamento, à perda da convivibilidade, ao sentimento de desespero diante das limitações funcionais e sociais e ao sentimento de abandono.

Segundo o relato de um bancário, no período de afastamento para a reabilitação da capacidade laboral foi quando mais precisou do apoio do banco, mas não encontrou, pois foi “colocado para escanteio” e, por isso, se “sentia no fundo do poço, a pior das pessoas”. Para conseguir enfrentar esse sofrimento, procurou “apoio da família”. Uma bancária relata que “estava acostumada a ir todos os dias para o trabalho, ver gente, conversar, se atualizar” e, de repente, “saía todo mundo e ficava só com o cachorro”. Esse estado de solidão deu lugar à depressão. Por indicação médica, ela fez uso de medicamentos, mas não gostou porque a faziam dormir muito, embora evitassem a depressão. Então, resolveu buscar alternativa para “melhorar a parte psíquica”. Ela passou a fazer parte de um “grupo de caminhada” e foi o

que mais a ajudou a preencher o tempo vazio pela falta do trabalho. Nos encontros com as pessoas do grupo, ela *“conversava, cada um contava um assunto e aliviava”*.

Outro bancário relata que quando se afastou do trabalho para tratamento da saúde *“foi quando o banco me chutou; para ele, essa “foi a dor mais doída”*. Nesse período, *“ficava em casa, sentia dor e tomava remédio”*. Para poder enfrentar o sofrimento e a dor, *“procurou ajuda religiosa”* e passou a fazer *“caminhada”* porque *chegou a pesar 115k* e também ficou depressivo. Segundo outra bancária, *“nada foi pior do que estar afastada do trabalho; nem a cirurgia e nem as dores”*. Nesse período, ficou *“emocionalmente abalada”* e isso *“afetou o relacionamento familiar”*. Para essa bancária, *“o sentimento de incapacidade”* e de estar *“improdutiva”* a *“matava”*.

Assim, o tempo vivido longe do trabalho representou quase a mesma coisa que a morte, talvez porque com o distanciamento do relacionamento com os colegas e as chefias colocou em risco a oportunidade de obtenção de reconhecimento e, em consequência, a identidade de trabalhadora ficou ameaçada. Para aliviar o sofrimento psíquico, a bancária resolveu *aproveitar o tempo para cuidar* de si. Ela buscou cuidar do corpo para reabilitar a auto-estima do ponto de vista estético, para estar pronta para voltar para o trabalho, já que a capacidade funcional estava comprometida.

Para poderem enfrentar o sofrimento duplo - o de ter de suportar as dificuldades do tratamento e o afastamento do ambiente de trabalho - os bancários procuram saídas, buscando formas de mediação para tornar esse período menos pesado e para preencher o tempo e o espaço de trabalho que foram deixados vazios após o adoecimento por LER/DORT. Essas mediações, identificadas na análise, são aqui denominadas de estratégias compensatórias para enfrentar o sofrimento psíquico.

É importante acrescentar que, com as análises, foi possível identificar no relato dos bancários a compreensão da relação entre trabalhador-trabalho e adoecimento. Em geral, eles têm consciência de que quando começaram a trabalhar *“estavam sadios”* e depois de algum tempo *“não estavam mais”*. Segundo um bancário, *“as LER/DORT não são uma doença hereditária”*. Essa tomada de consciência restitui a condição de sujeito nesse processo. Contudo, chama a atenção do grau de submissão e, por que não, de servidão da primeira bancária. Em nenhum momento de seu relato ela consegue estabelecer a relação entre o seu adoecimento e a organização do trabalho na qual estava inserida. Ela apenas se culpa pelo adoecimento ao afirmar, por inúmeras vezes, que não é uma pessoa *“sensível à dor”* e que, por isso, a doença se agravou.

Enfim, os achados empíricos evidenciam a importância do trabalho na construção da saúde e na estruturação da vida psíquica, social e temporal desses bancários e coloca ainda em questão o papel fundamental da dinâmica do reconhecimento na mobilização subjetiva da inteligência. Ao se verem privados do ambiente de trabalho, por causa do afastamento para a reabilitação da capacidade laboral, os bancários viram o seu sofrimento intensificado e desencadeando a produção de sintomas e, por isso, reduzindo as chances de reabilitação da saúde. Essa é uma dinâmica complexa e de difícil compreensão, porque o que está em jogo nesse processo é a ameaça de perda da identidade de trabalhador, tão importante para manutenção da sua saúde.

Parte II

AS VIVÊNCIAS DA VOLTA AO TRABALHO

- *“Quando você retorna, tem que sair procurando outro lugar”*
- *“Eu não tenho saída, tenho que me adaptar por aqui”*
- *“A volta é difícil”*
- *“Eu forcei a barra para voltar”*

A seguir, a apresentação das definições das categorias acompanhadas dos temas, dos exemplos de verbalizações dos bancários referentes ao processo de reinserção no trabalho e as receptivas análises.

“Quando você retorna, tem que sair procurando outro lugar”

Considera que a volta para o trabalho foi, até certo ponto, normal. Retornou para a mesma função; em alguns dias realizava serviços internos e em outros foi colocado para fazer visitas aos clientes. Contudo, continuava com o mesmo volume de serviço, não houve diminuição e tinha metas para cumprir. Com o retorno, os sintomas, as dores voltaram a ser sentidas; o que indicava que não estava curado, não estava bem e ocasionou um outro afastamento. Ao retornar ao trabalho, não encontrou ajuda de ninguém. A preocupação da chefia era com o cumprimento de determinadas formalidades, por exemplo, qual o prazo de afastamento que exige inscrição no quadro suplementar. Estar no quadro suplementar significa não pertencer

mais àquela unidade; foi retirado de lá porque o gerente o colocou à disposição do banco. Essa norma dificulta o retorno ao trabalho da pessoa que ficou mais de 90 dias afastada por motivo de saúde, pois um gerente de qualquer unidade não vai querer ou facilitar para recebê-lo. Durante esse tempo, nem o médico do trabalho nem a Perícia Médica do INSS falaram da possibilidade de sua readaptação profissional ou de mudar de função. Critica o atendimento da Perícia Médica do INSS, porque os médicos se acham uns deuses e tratam os assistidos como se fossem bandidos. Acha um absurdo uma médica especialista em ginecologia estar na perícia médica e avaliar doenças do trabalho, como as LER/DORT. O apoio do banco é muito importante não só na volta, mas principalmente no início do processo de adoecimento.

Temas: voltou para a mesma função; as dores voltaram; as normas dificultam o retorno; o atendimento da Perícia Médica do INSS

Exemplos de verbalização:

- *“Quando eu retornei, voltei para a mesma função.”*
- *“Quando eu voltei, estava fazendo fiscalizações, serviços externos e me colocaram para fazer visitas e tal; era o mesmo volume de trabalho.”*
- *“Tinha meta normal que todo mundo cumpria.”*
- *“Os sintomas voltaram a ser sentidos nesse período, a dor e aquela coisa toda que ocasionou outro afastamento.”*
- *“Eles estavam preocupados em cumprir determinadas formalidades, por exemplo, qual o prazo determinado em que o gerente poderia me mandar para o quadro suplementar.”*
- *“Aí, se você retorna amanhã, você tem que sair procurando um outro lugar que te aceite.”*
- *“O banco, a parte dos médicos do trabalho, nunca falaram comigo em mudar minha função ou em me readaptar.”*
- *“E no INSS eu acho que tem, mas também nunca foi oferecido..... é muito frio.”*
- *“Como é que você vai falar de LER ou qualquer outra coisa se a médica é ginecologista?”*

A categoria revela as dificuldades do retorno ao trabalho. Se a volta garante o direito ao trabalho, ela é agravada porque o banco não tem nenhuma política, programa ou qualquer outra forma que viabilize a reinserção em outro posto compatível com as limitações impostas pela patologia. Por essa razão, a reinserção no trabalho é passível de provocar mais exclusão do que inclusão. A política vigente é a deixar o lesionado no ostracismo como está exemplificado no relato do bancário ao se referir à atitude do gerente. Da parte deste, não houve receptividade já que reconheceu no bancário apenas a sua condição de doente, de incapacitado para o trabalho. Por isso, a urgência de cumprir a norma interna para colocá-lo no quadro suplementar do banco. Ser retirado da unidade de referência significa não ser mais aceito; representa um corte, um rompimento dos vínculos sociais de trabalho que viabilizava a construção da identidade, e mais sofrimento que, freqüentemente, gera um novo afastamento.

Ainda, a ausência de receptividade da chefia e dos colegas, além de evidenciar que o trabalho é incompatível com as LER/DORT, também revela o medo dos demais funcionários em relação ao adoecimento, diante da fragilidade da estratégia de defesa. Eles não querem manter contato para não terem de pensar sobre os riscos que a tarefa repetitiva os coloca. Eles não querem e não podem pensar para manter a cadência e atingir os objetivos de produtividade e garantir a manutenção do seu posto de trabalho. A presença de alguém com LER/DORT se torna inconveniente e é tratada com ironias e zombarias. Esse é também um comportamento defensivo que representa uma tentativa de dominar a ansiedade e o medo de também adoecer.

Diante dessa situação, para o bancário que retorna ao banco existe a consciência do risco presente no trabalho porque o adoecimento desestabiliza a estratégia de defesa. Em razão desse fato, a ansiedade e o medo, antes controlados pela estratégia de defesa, produzem mais sintomas somáticos, conseqüentemente, mais dores, que tornam difíceis o retorno e a permanência no trabalho.

Por fim, a política do ostracismo também é adotada pela Perícia Médica do INSS. Os contínuos períodos de licença deixaram o bancário encostado, sem sinalização da possibilidade de encaminhamento para o programa de reabilitação profissional enquanto havia indícios da capacidade residual laborativa. A burocracia, a política inadequada e a falta de conhecimento da Perícia Médica do INSS em relação à psicodinâmica do processo de reabilitação da saúde e da reabilitação profissional contribuem para dificultar o retorno desses bancários ao trabalho.

“Eu não tenho saída, tenho que me adaptar por aqui”

Relata que só foi encaminhada para o Programa de Reabilitação Profissional do INSS nos últimos seis meses de licença. Até então, a Perícia Médica do INSS, a partir dos exames clínicos, prorrogava continuamente os períodos de licença. Só quando a pessoa completa mais de um ano de licença médica é que a perícia se sente incomodada. Aí, eles passam a se preocupar com a saúde do beneficiado como uma tentativa de evitar a sua aposentadoria. Após o estágio na Unidade Técnica de Reabilitação Profissional foi encaminhada para fazer estágio no banco. Os técnicos pediram ao banco que fizesse uma troca de função. Porém, trocaram o nome da atividade, mas elas são semelhantes. O estágio foi bem feito porque sempre foi uma boa profissional; trabalhou corretamente durante as quatro horas por dia durante duas semanas de estágio. No final, o banco preencheu um relatório para o INSS para constatar que o rendimento foi satisfatório; só que não constava que ela tinha dor. Mostrou

para a médica-perita o braço inchado e disse que sentia dor, mas a médica foi contundente e disse que o banco a aceitava assim mesmo. E foi dessa forma a volta para o trabalho. O estágio para reabilitação profissional não ajudou a mudar nada; voltou para uma função diferente em alguma coisa. Nesse novo posto de trabalho, terá que reconquistar espaço perdido durante o período em que esteve ausente; considera que, dentro do possível, a volta está normal. Do ponto de vista psicológico, a volta foi ótima experiência porque não consegue ficar parada; por outro lado, tem sentido dificuldades para realizar as tarefas por causa da dor. Os colegas próximos perguntam se está bem, se não sente dor, mas quanto à tarefa não perguntam se gosta, pois tem que fazer. Como muitas tarefas foram automatizadas, continua o dia inteiro no computador. Às vezes, elabora e envia quarenta comunicações por dia relativas à pendência e irregularidade contábeis das agências. Então, acredita que não tem saída, terá que se adaptar. Embora esteja com muita dor, vai tentar de todas as formas permanecer no trabalho porque não quer mais passar pelo INSS.

Temas: encaminhamento tardio para a UTRP; o estágio não mudou nada; o estado de saúde ainda é comprometedor; continua com sobrecarga de trabalho.

Exemplos de verbalização:

- *“Só nos últimos seis meses de licença é que fui encaminhada para a UTRP.”*
- *“No começo do tratamento eu só fazia as perícias e como os exames eram muito comprometedores, eles iam prorrogando.”*
- *“Mas aí, quando passa de um ano o INSS se sente incomodado porque parece que se você completar dois anos, eles começam a se incomodar e aí já inverte.”*
- *“Quando eu fiz o estágio no UTRP me mandaram para eu fazer um estágio no banco.”*
- *“Eles pediram uma troca de função para mim, uma troca de atividade. Eles trocaram a atividade, mas não trocaram..... elas são semelhantes.”*
- *“Só que não aparecia que eu tinha dor, mas eu não deixava de fazer; eu tinha que fazer.”*
- *“Para mim, não mudou nada esse estágio.”*
- *“Você saiu e outra pessoa ficou no seu lugar e então algumas coisas eu vou ter que conquistar novamente.”*
- *“Eu não tenho saída, tenho que tentar me adaptar por aqui.”*
- *“Enquanto eu não perceber que está comprometendo ainda mais o movimento, eu vou agüentar”.*
- *“Só ontem foram 40; foram 40 comunicações que eu tive que fazer no computador.”*
- *“Quando eu voltei, eu estava com menos dor do que quando na saída. Agora eu estou com muita dor novamente.”*

Essa categoria evidencia as condições em que foi realizada a reinserção no trabalho dessa bancária com LER/DORT. Primeiro, a política inadequada do Programa de Reabilitação Profissional do INSS, que só é acionado em último caso, como uma estratégia para evitar a aposentadoria. Segundo, a volta após longo período de prorrogação da licença, talvez quando a capacidade laboral residual seja insuficiente para dar conta de reconquistar sua identidade de

trabalhadora e quando as estratégias de defesas contra o sofrimento já foram perdidas com o afastamento. Terceiro, o banco não possui nenhuma política ou, até mesmo, nenhuma intenção de ter uma funcionária doente em seu quadro, pois as LER/DORT tornam-se um indicador de incapacidade.

A mulher bancária portadora de LER/DORT, ao retornar para o trabalho, coloca em risco o endosso das estratégias de defesa pelos colegas. Por isso, nem sempre é bem aceita porque ela, culturalmente, manifesta mais a dor, fica angustiada pelos outros que estão na aceleração, e não no pensamento (Dejours 2007). Ela se sente mal em relação aos colegas que não a acolhem. Por outro lado, os colegas não querem ver e nem pensar para poderem manter as estratégias de defesas, a aceleração das cadências dos movimentos.

A exigência da UTRP por troca de função foi para garantir os critérios de compatibilidade entre a nova tarefa e as atuais limitações. Porém, isso não foi realmente possível. A bancária continuou em uma tarefa em que faz uso freqüente do computador e está submetida a sobrecarga de trabalho. Trata-se da dura constatação de que é a trabalhadora que tem que se adequar à organização do trabalho e não o contrário.

A angústia dessa bancária, presente na constatação de que ela “*não tem saída*”, está apoiada no fato de que a partir do processo de racionalização e automação bancária (Laranjeira, 1997; Segnini, 1999) sobraram poucas tarefas e as que ainda existem são semelhantes. Atualmente, todas as tarefas bancárias requerem o uso de computador para serem efetuadas, por exemplo, a análise de informações, a conferência de documento, a consulta de extratos de contas, a elaborar e envio de comunicação. Às vezes, muda a nomenclatura, mas a tarefa em si, a ferramenta utilizada para a execução e a exigência de tempo continuam. Diante desse cenário, a bancária afirma que “*não há muita diversificação de tarefas*” e pensa que é impossível encontrar uma compatível com suas limitações.

Nesse jogo perverso, em que é duplamente rejeitada (pelo banco e pela Perícia Médica do INSS), permanece o medo. Primeiro, em relação às lembranças do histórico do adoecimento e, em seguida, pelas dificuldades encontradas no novo posto de trabalho. Esses fatores contribuem para a produção de sintomas somáticos, conseqüentemente, as dores continuam e comprometem a permanência no trabalho.

“A volta é difícil”

O bancário foi encaminhado para a Unidade Técnica de Reabilitação Profissional (UTRP), mas estava inscrito no código 31(auxílio-doença), apesar de ter solicitado a mudança para o código 91 (doença do trabalho), pois sem essa alteração não poderia participar da reabilitação profissional. Ficou parado uns seis meses, depois foi encaminhado para o banco e voltou para o mesmo lugar. Após alguns dias, percebeu que não estava bem, fez exames e saiu de licença. Depois, o INSS o mandou de volta para o banco, apesar de os relatórios médicos afirmarem que não tinha condições de trabalhar, disseram que estava bom, mas não recebeu nenhum treinamento para ocupar uma outra função. Quando foi ao INSS para fazer perícia, foi muito maltratado. O médico lhe pediu para mostrar a sua dor, aí ele pediu para o médico lhe mostrar o ar que ele respira. Considera que a volta para o trabalho foi difícil porque os colegas falam muito. Mas colocou na cabeça que não vai se importar, eles podem falar o que quiserem; ele vai se preocupar com o seu serviço, pois sabe muito bem o que tem que fazer, ele cumpre o horário e vai ficar quieto no seu canto. Aparentemente está bem, mas as pessoas falam e ele fica sabendo. O chefe ficou satisfeito quando foi reintegrado no trabalho. No banco, quando se é afastado, eles pensam que a pessoa virou ladrão; se sair do banco você não é mais ninguém. A maioria pensa desse jeito, até as chefias. Só que ele conseguiu dar a volta por cima, ele tem que trabalhar e aprender a conviver com dor.

Temas: implementação incorreta do benefício no INSS; mau atendimento da Perícia Médica do INSS; volta ao trabalho é difícil; perda da identidade.

Exemplos de Verbalização:

- *“Eles me encaminharam lá para a UTRP (Unidade Técnica de Reabilitação Profissional) do INSS, mas o meu código estava o 31 (auxílio-doença) e eu já tinha entrado com processo no INSS para mudar para o código 91 (doença do trabalho).”*
- *“Enquanto não mudasse, eu não poderia fazer a reabilitação.”*
- *“Eu cheguei lá e fiquei uns dois dias, não agüentei.”*
- *“Depois, o INSS me mandou de volta, disse que eu estava bom, mas não deu nenhum treinamento para eu ocupar uma outra função.”*
- *“Lá, a gente é tão maltratado que se pudesse ser filmado seria bom para o pessoal ver o quanto a gente é maltratado quando vai fazer uma perícia.”*
- *“A volta é difícil.”*
- *“Aparentemente me sinto bem, mas só que as pessoas falam, a gente fica sabendo.”*
- *“Se você sair daqui, você não é mais ninguém na vida. A maioria pensa desse jeito, como as chefias.”*

Inicialmente, é apresentada a dificuldade proveniente da implementação incorreta do benefício; sem o estabelecimento do vínculo da doença com o trabalho, o bancário não poderia ser encaminhado para a reabilitação profissional. Essa foi uma parte penosa para o bancário acometido por LER/DORT porque envolve a política do banco e da Perícia Médica

do INSS no estabelecimento donexo causal. A política equivocada desencadeou contínuas renovações dos períodos de licença, seguidos de retornos para o trabalho sem que houvesse preparação para ocupar uma nova função. O momento da realização da perícia médica é marcado por agressões e desentendimentos; do lado do médico, porque está apoiado unicamente no modelo biológico e fisiológico da doença, que não lhe permite ir além do exame clínico e ocupacional. Esse procedimento dificulta a compreensão da relação intersubjetiva entre o bancário e a organização do trabalho envolvida no processo de adoecimento por LER/DORT e, por isso, o médico desconfia do principal sintoma: a dor. Do lado do bancário, é difícil se fazer compreender porque nem sempre o estado físico revela o psíquico.

A falta de receptividade, as críticas dos colegas e das chefias tornam a volta ao trabalho difícil. A presença de uma pessoa com LER/DORT no ambiente de trabalho incomoda os colegas porque os leva a pensar na condição de risco a que estão submetidos, pois eles não podem pensar para continuar com a aceleração das cadências do ritmo de trabalho. O “*falar mal*”, as ironias ou as zombarias endereçadas ao estado de incapacidade provocado pelas LER/DORT podem ser traduzidas como uma estratégia de defesa para controlar o medo e a ansiedade daqueles que ainda continuam no trabalho, diante dos riscos de adoecimento presentes na tarefa repetitiva, sob pressão de tempo e por produtividade a que eles próprios estão submetidos. Semelhante à ideologia defensiva descrita por Dejours (1986, 1992, 1994, 2001), essa estratégia inverte a vivência de medo pelo recurso da evitação de contato, da negação e da desconfirmação da patologia, que evocam juízo de valor em relação ao colega portador de LER/DORT, expresso em considerações como estas: ele está com lerdeza, é preguiçoso, está com esperteza para trabalhar menos. Essa estratégia também visa manter distante o pensamento sobre os riscos presentes na organização do trabalho e conseguir manter a aceleração do ritmo de trabalho.

Nesse caso, à semelhança do que ocorre com os trabalhadores da construção civil analisados por Dejours (1992, 1994, 2001), as zombarias e ironias cumprem o papel de negar o próprio sofrimento diante do medo de adoecer, ao mesmo tempo em que essa defesa torna os colegas insensíveis ao sofrimento do outro e à realidade que os fazem sofrer, para assegurar o próprio lugar de trabalho. No caso dos operários da construção civil, a estratégia de defesa viril é uma forma de enfrentar o medo, subestimando e negligenciando os riscos, como é próprio do comportamento de virilidade, que coloca em perigo a integridade física. Quanto aos bancários submetidos às tarefas repetitivas e automatizadas, a zombaria e a ironia

com os colegas portadores de LER/DORT servem tanto para excluí-los do ambiente de trabalho quanto para evitar o sofrimento psíquico daqueles que permanecem no trabalho e o medo do contato com aquilo que lhes possa evocar o pensamento reflexivo quanto à sua própria condição de risco.

Mas o pior de se ausentar do trabalho é não ser mais visto, é o medo de perder a identidade e de não ser reconhecido, é o medo de sentir que “*não é mais ninguém na vida*”. Portanto, o medo de não ser reconhecido engendra a disciplina da fome (Dejours, 2000) e, por isso, o bancário decide que continuará trabalhando, a despeito de todo sofrimento e da dor vinda do medo de não conseguir se manter no trabalho.

“Eu forcei a barra para voltar”

Relata que não estava se sentindo bem e forçou a barra para voltar para o trabalho; convenceu a médica do trabalho de que tinha condições de voltar para o posto de caixa. Em princípio, foi bem recebida pela chefia e pelos colegas porque a agência funcionava precariamente por causa da falta de funcionários. Por outro lado, ao retornar se deparou com uma situação difícil. Ela possuía uma função de caixa e quando voltou havia uma outra pessoa, muito amiga do gerente, que estava no seu lugar e recebia a sua função. Por isso, ela sentiu que quiseram puxar o seu tapete; fizeram de tudo para que ela se submetesse a uma nova perícia médica para comprovação do parecer de que estava apta para o retorno. Diante dessas dificuldades, procurou ajuda da área de Recursos Humanos. Enquanto aguardava o parecer final do banco, foi designada para o mesmo posto de trabalho no qual ocorreu o agravamento da doença. Após dois, quatro dias de trabalho, voltou a sentir dor. Esperou uma semana e viu que não agüentaria suportar a pressão daquele lugar. Percebeu que iria ficar sempre à mercê da vontade do gerente que, na maioria das vezes, prevalece. Então decidiu que não valeria a pena, a sua saúde era mais importante. Em um dia de trabalho mais puxado sentiu mais dor e resolveu ligar para o RH; explicou a situação e disse que queria sair da agência, ficar distante da atividade de atendimento. Pediu para ser inscrita no Programa de Reabilitação Ocupacional do banco (que tem parceria com o programa do INSS). Conseguiu ser transferida para área administrativa, para a área de Auditoria do banco. Nesse local, o ambiente é diferente do ambiente da agência, a rotina é diferente e não tem pressão dos clientes, o pessoal é bacana e o relacionamento é diferente. Sente que é uma outra pessoa, com outro humor e tem mais disposição para o trabalho. Porém, continua com o problema no punho, no cotovelo, perdeu a força no braço direito e está com dificuldades para memorizar informações.

Temas: queria muito voltar; dificuldades na volta para o trabalho; participação no PRO do banco; mudança de posto de trabalho.

Exemplos de verbalização:

- *“Eu estava me sentindo mal e eu forcei a barra para voltar.”*
- *“Quando eu voltei, eu tinha uma função efetiva e tinha uma pessoa que era muito amiga da gerente que estava recebendo a minha função de caixa.”*
- *“Quando eu voltei da cirurgia dos braços eu voltei para lá; quando eu piorei, eu piorei lá; quando eu voltei; eu voltei para voltar.”*
- *“E realmente eu comecei a sentir; com dois dias de trabalho eu já estava sentindo dor.”*
- *“Quando eu entrei em contato com o RH, expliquei toda a situação, eles já estavam sabendo do meu problema.”*
- *“Eu queria ir para um lugar onde eu pudesse ter condições de ter uma qualidade de vida.”*
- *“Então eu pedi e o banco tem um Programa de Reabilitação Ocupacional (PRO) e aí eu pedi para que eles me inscrevessem.”*
- *“Aí consegui transferência para área administrativa. Lá está tranquilo, é muito tranquilo, é outra vida.”*

A bancária relata que *“forçou a barra para voltar”*. Essa afirmação indica o quanto o trabalho é paradoxal: ao mesmo tempo, pode ser fonte de desestabilização ou de construção da saúde. Apesar do adoecimento por LER/DORT, com a ausência do ambiente de trabalho o equilíbrio psíquico foi colocado em risco. De certa forma, essa atitude contraria posicionamentos de alguns profissionais envolvidos no processo de tratamento e reabilitação profissional dos bancários com LER/DORT. Eles pressupõem que os lesionados não querem se tratar e nem voltar para o trabalho, para obterem ganhos secundários com a sua condição de doentes. Essa é uma visão estreita dessa dinâmica, pois simplifica a complexidade desse processo. Por outro lado, os resultados desse estudo de caso evidenciam que os bancários lutam para reconquistar sua identidade de trabalhador, apesar do sofrimento decorrente do fracasso que envolve as tentativas de retorno para ao trabalho.

A categoria mostra ainda que a volta ao trabalho se transformou em uma outra fonte de exclusão e de sofrimento para essa bancária portadora de LER/DORT, pois trata-se de um lugar em que só o corpo sadio é aceito. Mas o sofrimento engendrado pelo constrangimento da perda do antigo posto de trabalho forjou a luta para reconquistar um novo espaço e a sua identidade de trabalhadora. Para isso, somente a partir de sua demanda perante a gerência de RH tomou-se a iniciativa para incluí-la no Programa de Reabilitação Ocupacional do banco, apesar de o problema dela já ser do conhecimento dessa gerência.

Em princípio, é difícil de compreender a atitude da gerência de RH, pois trata-se de

um paradoxo que só se torna compreensível quando se pensa sobre a limitação de sua atuação e a falta de autonomia para decisão, ou ainda, em possíveis critérios para participação nesse tipo de programa, os quais se apresentam ser de exclusão, e não de inclusão. A pessoa que já perdeu a força no braço, continua com problema no punho e ainda está com dificuldade de memorização fatalmente será considerada incapacitada e sem condições laborais suficientes para continuar com os padrões de produtividade exigidos pelo banco. Talvez a capacidade residual laborativa foi considerada insuficiente para compensar o investimento da reabilitação. Esse banco deve ter adotado os mesmos critérios da UTRP/INSS para a participação dos seus funcionários portadores de LER/DORT no Programa de Reabilitação Profissional.

Embora tenha sido recebida no novo posto de trabalho na condição de doente, e não de trabalhadora (Araújo, 1998), parece que a atual organização do trabalho permite um pouco de autonomia para a organização do modo operatório das tarefas, de acordo com suas necessidades psíquicas e do funcionamento corporal, o que torna menos difícil a sua convivência com a dor.

De forma geral, de acordo com a análise, a volta ao trabalho, após longo período de afastamento para recuperação da capacidade laboral é difícil e, às vezes, fracassa. São vários os motivos que contribuem para tornar esse processo penoso, mas de uma forma ou de outra, todos os bancários participantes deste estudo lutaram para conseguir retornar ao trabalho.

Uma das dificuldades está na perda do espaço de trabalho; na volta, o bancário dificilmente encontrará outro posto que seja compatível com as atuais limitações funcionais decorrentes das LER/DORT. Essa situação é agravada porque nem sempre, como foi constatado neste estudo, a reinserção é precedida de uma preparação, de um treinamento para o bancário ocupar outra função. Às vezes, após um período de afastamento para tratamento, a Perícia Médica do INSS indica o retorno ao trabalho sem nenhuma recomendação ou cuidado e o bancário volta para a mesma função que originou o adoecimento, sendo submetido à mesma sobrecarga de trabalho. Esse tipo de retorno é habitual e ocorre ou porque o banco ainda não emitiu a CAT ou porque ainda faltam elementos etiológicos comprobatórios, de acordo com os critérios da perícia, que justifiquem o estabelecimento do nexo da doença com o trabalho.

Também a atuação dos gerentes é decisiva nesse processo de retorno, porque eles, como encarregados pela aplicação e funcionamento das normas e políticas de pessoal, via de regra, não facilitam a vida dos lesionados. Como foi evidenciado no relato de um bancário, o comportamento de seu gerente revela a política velada de exclusão do funcionário. O gerente

não se mostrou receptivo, sua preocupação era cumprir o regulamento interno e incluir o bancário no quadro suplementar, ou seja, excluí-lo de sua unidade de referência.

Ao voltar para a mesma função que desencadeou o adoecimento, os colegas de trabalho, não diferentemente do gerente, também não estavam receptivos e preparados para conviver com alguém que é portador de LER/DORT. O clima de competição instalado para o aumento da produtividade não permite cooperação e solidariedade com as limitações do lesionado. Nessa situação, ele se torna em um estorvo, porque compromete o bom andamento do serviço para o cumprimento de metas. Ainda, a presença de um colega com LER/DORT é vista como ameaça à continuação da auto-aceleração do ritmo de trabalho (Dejours, 2007).

As reações à presença de um colega lesionado se manifestam nas críticas, nas atitudes de desconfirmação e de banalização das limitações funcionais. Essa estratégia nega o sofrimento do colega e o próprio medo de também adoecer, pois eles não podem entrar em contato com o pensamento e tomar consciência da situação de trabalho a que estão submetidos.

Outra grande dificuldade encontrada pelos bancários no processo de reabilitação profissional tem relação com as políticas adotadas pela Perícia Médica e com os requisitos para participação no Programa de Reabilitação Profissional da Unidade Técnica de Reabilitação Profissional do INSS. Os procedimentos adotados pela Perícia Médica têm sido o gargalo da reabilitação profissional para o estabelecimento do nexa da patologia com o trabalho, condição essencial para que o bancário seja incluído no programa de reabilitação. O processo para o estabelecimento do nexa é burocrático e se arrasta por até mais de um ano, às vezes, acabando em aposentadoria. Segundo relato dos médico-peritos do INSS, por as LER/DORT serem originárias de vários fatores, torna-se difícil um diagnóstico preciso e, em decorrência, o estabelecimento do nexa com o trabalho. Enquanto isso, o bancário passa por contínuas licenças médicas para tratamento da saúde e com retornos malsucedidos para o trabalho.

Os bancários criticam o tratamento recebido pelos médicos-peritos por ocasião da realização da perícia. De acordo com os relatos, a postura dos médicos em relação à desconfirmação da patologia se aproxima do escárnio e da agressão; os médicos “*só ficam fazendo conta se afasta um, dois ou cinco meses*”. Na percepção dos bancários, há descaso da perícia quanto ao procedimento da avaliação dos exames emitidos pelo médico-assistente sobre o estado de saúde. De posse dos resultados clínicos do médico-assistente, às vezes, os médico-peritos dizem que o bancário está bem de saúde e deve voltar para o trabalho, mas

sem oferecer nenhum “*treinamento para ocupar outra função*”, apesar de constar no relatório que ele “*não tinha condições de trabalhar*”.

Esse procedimento, feito apenas para cumprir uma norma referente aos prazos de concessão de benefício (auxílio-doença), provoca novo afastamento e, no fim das contas, ajuda a formar um quadro de exclusão, de rejeição e de fracasso da tentativa de reinserção do bancário no trabalho. Ainda, coloca os bancários na condição de encostados (Araújo, 1998). Assim, cada vez mais se distanciam do ambiente de trabalho, perdem a identidade de trabalhador e vêm agravado seu estado geral. O medo de não conseguir voltar e de não se manter no trabalho provoca o desencadeamento de sintomas, a dor persiste e a tentativa dos bancários de retorno para o trabalho fracassa.

Entre os bancários participantes deste estudo, uma bancária passou pelo processo de reabilitação profissional oferecido pela UTRP/INSS e uma outra pelo programa de reabilitação profissional oferecido pelo próprio banco de vínculo. Segundo a primeira bancária, ela ficou quase dois anos de licença-médica para tratamento da saúde. No início, fazia regularmente as perícias médicas para verificar a sua capacidade ou não de voltar ao trabalho. Mas, “*como os exames eram muito comprometedores, eles iam prorrogando*” os períodos de licença. Após mais de um ano de licenças contínuas, a Perícia Médica “*se sentiu incomodada*” porque, ao completar dois anos de licença, “*eles se preocupam com sua saúde para você não se aposentar*”.

Esse relato evidencia a política equivocada da Perícia Médica do INSS em relação ao cumprimento da Lei 8.213 que regulamenta a Reabilitação Profissional no país, aqui, especificamente, a dos bancários acometidos por LER/DORT. Os procedimentos enumerados pela bancária estão em conformidade com as normas internas descritas na parte teórica.

As prescrições desse processo estão restritas à comprovação da capacidade laboral residual, mediante perícia médica, e à observância de que a troca de função seja compatível com as limitações laborais, ou seja, que a tarefa não seja repetitiva. Contudo, percebe-se que no processo de avaliação para a inclusão do trabalhador no programa de reabilitação não se leva em consideração as conseqüências psíquicas presentes no processo de adoecimento e de tratamento que poderão comprometer a mediação do sofrimento e que, posteriormente, poderão provocar o reaparecimento dos sintomas e o fracasso da reabilitação profissional. Outro agravante, segundo relato de uma técnica da UTRP, é que a Unidade não conta nem com orçamento e nem com uma equipe suficiente para realizar o trabalho de acompanhamento da reinserção do trabalhador no trabalho.

Vale ressaltar ainda que a psicodinâmica das relações intersubjetivas entre trabalhador e organização do trabalho também não é levada em conta na etiologia das LER/DORT pela Perícia Médica do INSS. Nesse caso, no que se refere aos fatores psíquicos, os médicos peritos tendem para o determinismo psíquico e consideram que há uma estrutura de personalidade mais propensa ao adoecimento por LER/DORT (Sato et al.,1993). Para Araújo (1998), Merlo et al.(2001) e Martins (2002), essa é uma tentativa de psicologizar a patologia, ou atribuindo sua causa à neurose de conversão, ou ainda de envolver julgamentos morais, quando considera o adoecimento do bancário como problema de fraqueza e de preguiça. Essas concepções tomam o bancário descolado das relações intersubjetivas de trabalho.

Esses conceitos apóiam as atitudes preconceituosas de profissionais que estão envolvidos na reabilitação dos bancários acometidos por LER/DORT, quando afirmam que os adoecidos *não querem se tratar e nem voltar para o trabalho para obtenção de ganhos secundários*.

As dificuldades de reinserção no trabalho poderão ser compreendidas a partir das síndromes subjetivas pós-traumáticas; são de origem psíquica e com sintomatologia somática, podem dificultar a reabilitação profissional, pois os sintomas mascaram a origem fundamentalmente psíquica do medo, que implica o corpo e a performance produtiva sensório-motriz. O processo ocorre da seguinte forma: após o adoecimento, os bancários passam a duvidar da eficácia das estratégias de defesa e, por isso, não podem mais evitar a percepção do medo em relação ao risco e às dificuldades que a tarefa repetitiva e sob pressão de tempo lhes impõe. Sem as estratégias de defesa, não há mais recursos para mediar o sofrimento. Então, ocorre uma concentração de sofrimento sob a forma de sintomas que têm como alvo o corpo, e cuja origem está no medo do preconceito, da demissão, de não conseguir retomar o ritmo de trabalho ou de não encontrar uma nova função (Dejours, 1986, 1992).

Como foi evidenciado por Borsonello et al. (2002) em pesquisa empírica com trabalhadores afastados por acidente de trabalho, eles não retornaram ao ambiente de trabalho por causa da persistência dos sintomas da patologia da qual foram acometidos e, ainda, desenvolveram outras manifestações fisiopatológicas que os impediam de retornar ao trabalho. Esse resultado foi atribuído pela autora às síndromes subjetivas pós-traumáticas, que funcionam como impedimento para o retorno ao trabalho.

Diante do emaranhado burocrático pertinente ao processo de reabilitação profissional oferecido pela UTRP do INSS, um banco oficial participante deste estudo tomou a iniciativa, em parceria com o INSS, de realizar a reabilitação profissional de seus funcionários

portadores de LER/DORT. A iniciativa procura evitar que os funcionários permaneçam longo tempo distante do trabalho, pois segundo a representante da instituição, esse é um fator que dificulta o retorno às atividades.

Enfim, a reabilitação profissional de bancários acometidos por LER/DORT é uma questão complexa. Os bancários, levados pelo medo de ameaças de demissão e de rejeição, deixam de procurar por tratamento especializado ao sentir os primeiros sintomas da patologia. Esse fato compromete sobremaneira o tratamento, porque os sintomas se tornam crônicos. Por outro lado, os bancos, de forma perversa, aproveitam e exploram o sofrimento e o medo dos bancários em proveito da produtividade.

Quando os bancários não conseguem mais manter a mesma performance produtiva são excluídos de diversas formas, que variam desde a demissão até o ostracismo na própria unidade de trabalho. Ainda, o banco nega a emissão da CAT, talvez por achar que não deve se responsabilizar sozinho pela mutilação dos próprios funcionários, pois estes também teriam culpa e, assim, não ser necessário respeitar os seus direitos. E, para completar, o INSS também exclui os bancários ao adotar políticas equivocadas que os deixam “encostados” por um período longo, fato que dificulta a volta para o trabalho, pois perdem as estratégias de defesas e se estiverem despossuídos da capacidade laborativa residual também não participam do programa de reabilitação profissional.

8. O OLHAR DOS DIVERSOS ATORES SOBRE O PROCESSO DE REABILITAÇÃO E REINSERÇÃO DO BANCÁRIO NO TRABALHO

Este capítulo apresenta as análises sob o olhar dos profissionais envolvidos no processo de reabilitação da capacidade laboral e na reabilitação profissional dos bancários portadores de LER/DORT, incluindo a visão desses profissionais quanto às possibilidades de reinserção no trabalho. As categorias empíricas foram construídas a partir da análise do núcleo de sentido e foram nomeadas com as frases dos próprios atores. Inicialmente, são apresentadas as quatro categorias referentes às análises das entrevistas com os médicos peritos do INSS; em seguida, as duas categorias pertinentes às análises dos profissionais da área de saúde; depois, as quatro categorias provenientes das análises das entrevistas com os gestores organizacionais dos bancos representados no presente estudo e, por fim, as duas categorias relativas às análises das entrevistas com os profissionais dos Sindicatos dos Bancários do Distrito Federal e de Goiás.

Médicos-Peritos

- *“A pessoa se sente rejeitada e não quer voltar”*
- *“Ah! Não tem lugar para você”*
- *“A perícia estabeleceu parâmetros e normas técnicas de conduta pericial”*
- *“As chefias imediatas, os colegas têm que estar receptivos a esse retorno”*

A seguir, a apresentação das definições das categorias acompanhadas dos temas, dos exemplos de verbalizações dos atores, referentes ao processo de reabilitação e reinserção dos bancários no trabalho e as receptivas análises.

“A pessoa se sente rejeitada e não quer voltar”

Relata que o mundo do trabalho mudou e as formas de adoecer também. Ultimamente têm tido algum sucesso nas reabilitações, mas o ser humano é muito complexo: alguns querem lucros secundários, não querem se tratar para não melhorar e ter ganhos; outros não querem retornar para aquele ambiente de trabalho porque acha o ambiente extremamente desfavorável

do ponto de vista psicossocial, não vêem o retorno ao trabalho como alternativa para vida deles. Ainda existe muita fibromialgia que é diagnosticada errado, muita doença reumática. Trata-se de um momento em que as doenças do século são psicossociais e elas estão ligadas às tendinites, às tenossinovites de um modo geral. Uma depressão pode precipitar uma inflamação tendinosa, uma inflamação miofacial, o que nem sempre pode ser chamada de LER/DORT. E quanto mais cedo buscar assistência de profissional que conhece o problema e fazer um diagnóstico preciso, mais sucesso no tratamento. E quanto à volta, a pessoa se sente rejeitada e ela não quer voltar; se aquele trabalho não lhe dá prazer por que vai voltar para lá? A pessoa prefere ficar doente porque o fator gerador de substâncias favoráveis do organismo é menor do que o fator gerador de fatores positivos para voltar ao trabalho.

Temas: ganhos secundários com a doença; diagnósticos incorretos; recusa de voltar ao trabalho.

Exemplos de Verbalizações:

- *“O mundo do trabalho tem sofrido mudanças e a forma de adoecer também.”*
- *“Alguns querem lucros secundários, alguns não querem tratar para poder não melhorar para poder ter ganhos daquilo ali.”*
- *“Alguns não querem retornar para aquele ambiente de trabalho porque acham o ambiente extremamente desfavorável do ponto de vista psicossocial, não vêem o retorno do trabalho como alternativa da vida dele.”*
- *“Nós temos muita fibromialgia que é diagnóstico errado; muita doença reumática, muita doença metabólica etc.”*
- *“Então, quanto mais cedo se institui um tratamento, mais sucesso você tem.”*
- *“A pessoa se sente rejeitada e ela não quer voltar, se aquele trabalho não é um trabalho que te dá prazer, por que você vai voltar para lá?”*

A categoria evidencia que o pensamento sobre a possibilidade de volta para o trabalho de bancários portadores de LER/DORT está um tanto quanto permeado de questionamentos e de dúvidas referentes ao diagnóstico e de desconfiança em relação à atitude dos bancários no que diz respeito ao tratamento e à volta para ao trabalho. É possível que esse pensamento adotado pela perícia médica interfira na inclusão do bancário no processo de reabilitação profissional.

A atitude de desconfiança em relação à etiologia da patologia para o estabelecimento donexo causal e organização do trabalho, e a estigmatização dos lesionados como pessoas que procuram obter ganhos secundários com a doença revelam que ainda há falta de conhecimento mais profundo sobre essa patologia. Esse entendimento leva à prorrogação da licença por períodos muito longos, mas talvez seja uma estratégia adotada para a obtenção de indícios concretos para a comprovação do nexocom o trabalho e evitar erros. Contudo, um

procedimento extremamente burocratizado que, além de provocar perdas para o bancário, retarda a sua indicação para o Programa de Reabilitação Profissional, e quanto mais tempo distante do ambiente de trabalho, mais difícil será a volta. Do ponto de vista da psicodinâmica (Dejours, 1994, 2007), o adoecimento rompe com as estratégias de defesas utilizadas para se estar bem no trabalho. Sem elas, torna-se difícil para o bancário enfrentar o medo engendrado pelas pressões da organização do trabalho e, em conseqüência, surgem os sintomas somáticos, expressos na forma de dor, que dificultam o retorno e podem gerar um novo afastamento.

Essa psicodinâmica é interpretada pela perícia como uma atitude de não querer voltar para o trabalho para a obtenção de ganhos secundários. Porém, essa atitude não é regra geral entre os bancários; para alguns, pode ser fonte de mais sofrimento. Na realidade, o que a pessoa continua perseguindo é o reconhecimento, agora sob o *status* de doente, em decorrência da atenção e do cuidado das pessoas ou dos profissionais próximos.

“Ah! Não tem lugar para você”

Relata que as empresas não estão preparadas para receber o trabalhador que tenha LER/DORT; ele é visto como um empecilho. A equipe da Unidade Técnica de Reabilitação Profissional tem dificuldades porque, às vezes, o indivíduo não será reinserido na empresa. Quem ficou um tempo fora, ao voltar vai ocupar o lugar de quem permaneceu. Reconhece que o sucesso de uma reabilitação profissional é quando a empresa é receptiva, quando conta com a participação do Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho (SESMT) nesse processo e confere importância da pessoa para a empresa. Atualmente, houve uma mudança na parte ergonômica; com a automação bancária mudou o processo de trabalho, diminuiu o número de trabalhadores, os bancos têm mais lucros e também diminuiu o número de bancários lesionados.

Temas: os bancos não são receptivos; competição entre os empregados; mudança do processo de trabalho.

Exemplos de verbalizações:

- *“A maioria dos bancos não está preparada para receber pessoas com LER/DORT.”*
- *“Eles vêm no indivíduo lesado, lesionado um empecilho.”*
- *“Ah! não tem lugar para você.”*
- *“Então a equipe da Reabilitação Profissional está com dificuldades porque, às vezes, o indivíduo não vai ser inserido.”*

- *“Então, é o grau de importância daquela pessoa para a empresa que faz com que ela se sinta importante e tenha prazer de voltar.”*
- *“Então, reduziu o número de emprego, o banco hoje tem mais lucro e, por sua vez, tem menos lesionados.”*

Essa categoria apresenta a importância do envolvimento das áreas especializadas de saúde e segurança dos bancos no processo de reinserção dos trabalhadores acometidos por LER/DORT. Uma ação pró-ativa evitaria a competição entre o bancário que retorna e aqueles que permaneceram pelo espaço de trabalho. O médico tem consciência do papel do reconhecimento atribuído ao bancário em favor do sucesso de sua reinserção; conferir reconhecimento da importância dessa pessoa para o banco faz com que ela tenha prazer em voltar. Talvez essas ações pudessem viabilizar a reconquista das estratégias de defesas, atenuar o medo desse retorno e contribuir para evitar a manifestação de sintomas. É fato que a diminuição do número de bancários está relacionada ao processo de demissão instaurado a partir da automação bancária, mesmo que isso não tenha interferido nos lucros dos bancos. A redução do número de bancários com LER/DORT também decorre desse episódio e não somente porque houve uma intervenção na parte ergonômica e na reestruturação dos processos de trabalhos. Atualmente, quando os bancos particulares descobrem que algum funcionário está com LER/DORT é caso de demissão e, por isso, alguns escondem a doença para escapar da demissão e continuar trabalhando.

“A perícia estabeleceu parâmetros e normas técnicas de conduta pericial”

Aborda o acompanhamento dos casos de LER/DORT em bancários, nos anos 1990. Nessa época, houve uma explosão dos casos e alguns geraram até invalidez. Essa epidemia se deu, em parte, pelo desconhecimento da doença tanto pela classe patronal quanto pela classe dos trabalhadores bancários; também por desconhecimento no diagnóstico, no tratamento e na interpretação pericial. Atualmente, houve uma redução significativa de casos de LER/DORT em bancários; essa redução aconteceu graças ao entendimento médico do que é o processo em si. A perícia médica estabeleceu parâmetros, normas técnicas de conduta pericial para a concessão de benefícios, de acordo com as condições de incapacidade ou não. Também ocorreram melhorias significativas nas condições ergonômicas das instituições financeiras. Ainda foram incluídos métodos de análise do posto de trabalho, do estabelecimento de vínculo da doença com o trabalho para ajudar na caracterização da doença. Mediante o estabelecimento de uma rotina de análises é que poderá identificar se a pessoa tem uma tendinite, uma síndrome do carpo, uma epicondilite e se essas estão ou não vinculadas ao trabalho. Hoje, as empresas estão mais atentas, os próprios técnicos do trabalho e a DRT,

juntamente com o sindicato, estão realizando um trabalho de conscientização. Porém, é um processo complexo, levou muitos anos para construir essa história sobre o adoecimento por LER/DORT e ela não vai acabar da noite para o dia, mas já está em processo de decréscimo no segmento do trabalho nas instituições financeiras.

Temas: desconhecimento técnico da doença; novos parâmetros periciais; redução dos casos de LER/DORT na área bancária.

Exemplos de Verbalização:

- *“Ao longo desses últimos dez anos, dentro e fora da reabilitação, essa questão das LER/DORT nas instituições financeiras eclodiu de uma forma, né?”*
- *“Mas isso melhorou muito em relação ao entendimento do que é o processo em si.”*
- *“E as condições ergonômicas das instituições financeiras, no geral, melhoraram significativamente.”*
- *“Então, o que a gente observa é que houve uma redução significativa de novos casos nesse segmento de trabalhadores.”*
- *“Estabelecer normas técnicas de avaliação de conduta médica pericial, tempo de concessão de benefício e quais seriam as condições que caracterizariam como incapacidade ou não.”*

A categoria apresenta algumas percepções da médica-perita sobre a evolução de casos de LER/DORT. A redução dos casos é atribuída à adoção, pela Perícia Médica, de parâmetros e norma técnicas para a avaliação pericial clínica e do posto de trabalho para o estabelecimento do nexos causal, com vistas a melhorar o entendimento técnico do processo de adoecimento (NR-17 de 23/11/90). Ainda, de acordo com o relato, a diminuição dos casos de LER/DORT nas instituições financeiras está em declínio, em decorrência dos avanços do conhecimento médico e técnico da doença, da introdução de melhorias ergonômicas, além da atuação dos sindicatos dos bancários e da classe patronal, que têm realizado um trabalho de conscientização em torno da patologia. Esses avanços ocorreram e são inconteste.

Porém, a redução do número de bancários com LER/DORT também está relacionada com o processo de automação bancária que provocou demissão em massa (Segnini, 1999; Laranjeira; 1997; Ribeiro, 1999), inclusive daqueles que estavam em processo avançado de adoecimento, mediante acordos e programas de demissão voluntária. Atualmente, os bancos privados demitem o funcionário quando descobrem que está com LER/DORT; nos bancos oficiais, o processo de exclusão também existe, mas é velado.

A partir dos relatos dos bancários que passaram pela Perícia Médica do INSS, e dada a burocracia do processo, fica a dúvida se esses parâmetros e normas técnicas são realmente

para ter uma avaliação precisa do posto de trabalho para a caracterização donexo ou se eles também servem para forjar a redução do número de casos de LER/DORT nas instituições financeiras do país.

“As chefias imediatas e os colegas têm que estar receptivos a esse retorno”

Relata que, muitas vezes, têm fatores extratrabalho, extradoença que contribuem para a persistência e reincidência do adoecimento. Muitas vezes, as pessoas têm outras atividades extralaborais, fatores domésticos, familiares e fatores psicológicos que desencadearam transtornos psicossomáticos que agravam as LER/DORT. Em casos de pessoas mais fragilizadas, que têm um perfil psicológico semelhante a um determinado grupo, não têm resistência às intempéris da vida. O insucesso do retorno tem ligação com as pressões diversas, como as da própria família que não contribui para o reingresso no trabalho. Além das pressões de trabalho no agravamento da doença e nos contínuos afastamentos, também está a ausência de receptividade dos colegas e das chefias imediatas que recebem o bancário acometido por LER/DORT com desconfiança. As relações interpessoais, nesse processo, precisam ser melhoradas.

Temas: interferência de fatores extratrabalho; interferência de fatores psicológicos; falta de receptividade das chefias e colegas.

Exemplos de verbalização:

- *“O problema é que, muitas das vezes, você tem fator extratrabalho, extradoenças, fatores contributivos para a persistência, a reincidência desse adoecimento.”*
- *“Às vezes, os próprios familiares não contribuem para esse reingresso.”*
- *“A gente vê perfil aí de pessoas com tantos tipos de complicações nas relações familiares, e isso aí também é um complicante.”*
- *“Muitas vezes eles recebem aquele trabalhador com uma certa desconfiança, de forma reticente.”*
- *“E justamente as chefias imediatas, os colegas imediatos têm que estar receptivos a esse retorno.”*

As possibilidades de os bancários acometidos por LER/DORT retornarem ao trabalho após período de licença para tratamento da saúde encontram limites: ora por fatores extratrabalho, como a falta de apoio dos familiares e porque têm atividades extra, ora por possuir um perfil psicológico mais frágil e propenso a desencadear transtornos que agravam a doença. Vale ressaltar que a Psicodinâmica do Trabalho não compartilha da visão de um

determinismo psíquico funcionando como causa de doenças somáticas (Dejours, 1998); menos ainda acredita em um perfil psicológico mais propenso ao adoecimento por LER/DORT (Dejours, 2004). Acredita no primado da intersubjetividade sobre a intrasubjetividade, pois é o “encontro com o outro que é perigoso”; ao mesmo tempo que pode ser fonte de prazer e de sofrimento. Esse “outro” é aqui representado pela organização do trabalho, à qual são endereçados os sintomas somáticos. Ainda, o pensamento acima revela o desconhecimento das conseqüências psíquicas do adoecimento, que têm repercussão no processo de reabilitação física e profissional (Dejours, 1986).

A visão correta, contudo, afirma que, ao retornar para o trabalho, o bancário adoecido é recebido com desconfiança, embora se desconheça o porquê dessa atitude. A presença de um funcionário com LER/DORT no ambiente de trabalho coloca em evidência a fragilidade da estratégia de defesa, ao mesmo tempo em que impede o retorno do bancário lesionado porque, sem as defesas, o medo desencadeia sintomas somáticos. Por isso, diante de atitudes de desconfiança e de falta de apoio, os bancários tentam se manter à distância para não terem de pensar na sua própria situação de risco.

Os Profissionais de Saúde

- *“São os pacientes mais difíceis de tratar”*

- *“É diferente a reabilitação de um para o outro”*

“São os pacientes mais difíceis de tratar”

Quando o bancário com LER/DORT procura pelo tratamento na fisioterapia, ele diz que já tentou de tudo, mas não resolveu nada. Ele chega com um pé atrás e sem confiança no tratamento. Em sua maioria, apresenta sintomas associados com cervicalgia, que é uma dor associada com a coluna cervical e irradia para a musculatura superior e geralmente é bilateral. Esse sintoma provoca formigamentos e a pessoa começa a sentir dor no ante-braço, que irradia para o ombro até chegar ao pescoço. E em todos, a doença já está em estado crônico: amplitude, fraqueza muscular, síndrome do túnel do carpo ou alguma tendinite de flexão. É uma patologia difícil de ser tratada na fisioterapia e são os pacientes mais difíceis de tratar. O diagnóstico não é bom e eles chegam depressivos, com a parte psicologia muito abalada. Isso prejudica muito o tratamento, pois não melhora. O tratamento demora e a pessoa quer

resultado rápido porque tem que voltar para o trabalho. O paciente melhora aqui na fisioterapia e no outro dia, no final do dia, ele estará com dor, esse é o ciclo. Inicialmente, o médico afasta 15 dias, mas é um tempo curto para se ter uma evolução de um processo inflamatório de uma síndrome compressiva. O tratamento é a longo prazo, não se tem uma perspectiva muito boa e a melhora é mínima. No caso de LER/DORT, o objetivo da fisioterapia é diminuir a dor da pessoa com trabalhos de alongamentos para estabilizar a musculatura diminuída e a pressão. Por isso, há críticas de que a fisioterapia está mais voltada para os sintomas e não atinge as causas. Porém, as formas de tratar a causa tem um custo mais elevado do que a fisioterapia convencional, que é chamada de fisioterapia de convênio.

Temas: os sintomas são recorrentes; desconfiança no tratamento; a cronicidade da doença.

Exemplos de Verbalizações:

- *“Geralmente, o paciente quando chega ele fala: Eu já tentei de tudo, não resolveu nada.”*
- *“Então, eles não chegam com confiança, eles relatam mesmo que tentaram de tudo.”*
- *“Então, todos os pacientes são crônicos. Nunca houve um paciente assim: Ah! está no início, eu vou, quero tentar porque o ortopedista me indicou.”*
- *“Por experiência, são os pacientes mais difíceis de tratar.”*
- *“O diagnóstico não é bom, eles chegam muito depressivos, a parte psicológica muito abalada.”*
- *“Então, tratar e trabalhar, ele melhora aqui na fisioterapia; no outro dia, no final do dia ele está com dor e assim é o ciclo.”*
- *“É mais a longo prazo.”*
- *“Precisa ter uma equipe multidisciplinar para tratar esse paciente.”*

De acordo com o resultado dessa análise, o tratamento de bancários com LER/DORT e as possibilidades de reabilitação não são animadores. A começar, há uma atitude de desconfiança dos dois lados. Da parte do bancário, há falta de confiança no tratamento e a pressa por resultado para poder voltar ao trabalho; do lado dos fisioterapeutas, há descrença diante do estado de cronicidade da patologia, o que dificulta, a curto prazo, a evolução do quadro inflamatório e compressivo. Esse processo poderá ser compreendido a partir da desestabilização da estratégia de defesa. Após o adoecimento, os bancários reconhecem que não poderão mais fazer uso das defesas, ou seja, a aceleração do ritmo do trabalho. Sem as defesas não estarão bem no trabalho para continuar com as performances produtivas, porque percebem mais a dor e correm riscos de serem excluídos do trabalho. O medo da exclusão levou, inicialmente, ao uso constante de medicamentos para neutralizar a dor, conseqüentemente, só procuraram ajuda especializada quando a patologia se tornou crônica.

Essa é uma das conseqüências psíquicas do adoecimento que dificultam a reabilitação da capacidade laboral, a desestabilização das estratégias de defesas (Dejours, 2007). O medo de demissão, de não conseguir retomar o trabalho produz sintomas somáticos, portanto, a dor persiste. Segundo o relato, às vezes, há casos em que um bancário já fez “*trinta sessões de eletroterapia e ainda sente muita dor*”. Para lembrar, a auto-aceleração dos movimentos resulta da repressão pulsional da agressividade diante das pressões por produtividade, dos conflitos intersubjetivos e das exigências dos clientes, da insatisfação e do sentimento de tédio impostos pela tarefa repetitiva e sob pressão de tempo e, conseqüentemente, para conseguir trabalhar mais depressa.

Na tarefa de diminuir a dor, os fisioterapeutas também mantêm a exclusão quando afirmam que existem duas fisioterapias: a de convênio, mais barata e imediata, que procura aliviar as dores e outros sintomas, e a particular, mais cara e demorada, que cuida da causa. É evidente que os bancários com LER/DORT, de ma forma geral, se incluem na primeira modalidade, pois sempre recorrem aos programas assistenciais oferecidos pelos bancos. No tratamento, vale ressaltar a importância da sugestão de se trabalhar com equipe multidisciplinar para evitar a fragmentação do saber em torno das LER/DORT, mas desde que sejam profissionais que saibam escutar os problemas provenientes do trabalho. Anterior ao dano do corpo, provocado pelo gesto repetitivo sob pressão de tempo, houve o dano mental provocado pela organização do trabalho que fez seu trabalho invisível, ao longo do tempo.

É diferente a reabilitação de um para o outro”

Caracteriza os diversos fatores que influenciam no processo de reabilitação de bancários com LER/DORT. Inicialmente, depende do tipo de processo instalado, do tipo de compressão, do tipo de organismo, também do tempo de trabalho na atividade que desencadeou o problema e ainda do tipo de paciente. O tempo de permanência no tratamento fisioterapêutico também é importante, pois não se consegue reabilitar uma pessoa que esteja numa fase crônica. Outro fator é a interrupção do tratamento, muitos começam e interrompem. Quando percebem que os sintomas melhoram, eles abandonam o tratamento. Depois de uma semana, um mês, eles estão de volta porque os sintomas voltaram, a dor voltou; eles têm uma recidiva. Então, a assiduidade e a persistência no tratamento é muito importante. O resultado da fisioterapia não é imediato, é preciso a manutenção por intermédio de atividades físicas e ginástica laboral para ajudar na reabilitação. São necessários programas preventivos para evitar que essa patologia ocorra. Por fim, a demanda maior por tratamento, na fisioterapia, é feita pelas bancárias, embora também haja muita procura pelos bancários. A mulher, em relação ao

músculo, é mais fraca do que o homem; ele é naturalmente mais ativo, já a mulher é mais sedentária.

Temas: fatores que influenciam na reabilitação; as recidivas; importância da manutenção do tratamento; as mulheres adoecem mais do que os homens.

Exemplos de verbalizações

- *“Depende do tipo de processo instalado, do tipo de compressão, do organismo de cada paciente.”*
- *“É diferente a reabilitação de uma para outra, do tempo de trabalho de cada pessoa.”*
“Mas se for colocar na balança, são muito mais mulheres do que homens.”
- *“A mulher, em relação a músculo, é mais fraca do que o homem; geralmente, isso aí é por fraqueza muscular.”*
- *“Então, influencia muito é a assiduidade do paciente em relação à reabilitação; às vezes, melhora algum sintoma e ele abandona o tratamento.”*
- *“Aí, eles vêem que piorou mesmo, que ia piorar; aí, voltam e fica aquele ciclo.”*
- *“Ele tem que dar manutenção para ter qualidade de vida.”*

A categoria indica os fatores que mais interferem no processo de reabilitação de bancários com LER/DORT, dentre eles, a gravidade ou o estágio avançado da doença e as interrupções do tratamento. Como já foi abordado na categoria anterior, a estratégia de defesa impede que o bancário com LER/DORT entre em contato com os primeiros sinais do adoecimento, a dor. Após o adoecimento, o medo de exclusão do trabalho leva ao uso de medidas paliativas, como a medicação para atenuar a dor. Essa iniciativa retarda a procura por tratamento especializado e contribui para a instalação da cronicidade da patologia.

Ainda evidencia a dificuldade para os bancários se manterem no tratamento, pois de um lado falta persistência e de outro, existe muita pressa. Como foi discutido por Grisci (1999), Uchida (1998), Molinier (2006) e Sadi dal Rosso (2004), os profissionais submetidos a uma organização do trabalho informatizada, além da desestruturação do tempo de trabalho, a exemplo dos bancários, passam a ter uma vivência de tempo atravessada pela velocidade das máquinas. Uma das conseqüências dessa nova vivência de temporalidade teve reflexo na capacidade de espera por resultados do tratamento para a reabilitação da capacidade laboral, expressa na impaciência e nas contínuas interrupções do tratamento.

Além da falta de investimento no tratamento em si, sugerida no relato, também existe a dificuldade e a necessidade de aprendizado de uma nova disciplina corporal, o que nem

sempre é fácil para esses trabalhadores. Nesse aspecto, adotar uma nova postura, um novo gesto, um novo ritmo para realizar a tarefa, às vezes, significa ir contra os modos operatórios estabelecidos pela organização do trabalho e poderá gerar conflitos. O bancário não poderá mais fazer uso das performances produtivas e ele reconhece que tem dor e isso não lhe permite retornar ao trabalho; então, o medo leva ao desenvolvimento de mais sintomas.

Finalmente, para a Psicodinâmica do Trabalho, se as mulheres são o alvo privilegiado das LER/DORT não é tanto por causa de sua constituição biológica ou fisiológica, como foi indicado. A incidência ocorre porque a organização do trabalho exclui as mulheres maciçamente das tarefas de concepção e de decisão. A elas são destinadas as tarefas mais simples, mais mecânicas, mais monótonas, mais repetitivas, que não requerem muita qualificação, porém exigem rapidez. Tudo isso tem impacto direto no funcionamento psíquico (Hirata, 2000; Segnini, 1998; Pezé, 2002). Então, trata-se de uma questão de divisão social e sexual do trabalho.

Os Gestores Organizacionais dos bancos representados

- *“Nós buscamos nossos funcionários para serem reabilitados.”*
- *“Quanto mais tempo ficar de licença, mais difícil o retorno.”*
- *“O administrador pode suprir aquela ausência por um funcionário sadio.”*
- *“O funcionário trabalha um tempo relativamente curto e depois se afasta de novo.”*

“Nós buscamos nossos funcionários para serem reabilitados”

Diz respeito à promoção da saúde e ao tratamento. Quanto ao primeiro, todos os postos de trabalho foram ergonomicamente adequados; no que diz respeito aos funcionários com LER/DORT, foi instituído, nos anos 1990, um grupo para resgatar essas pessoas. Periodicamente eram realizadas reuniões com grupos de funcionários portadores de LER/DORT. O objetivo era dar melhores condições para eles retornarem ao trabalho; a maioria estava de licença médica. O médico do trabalho fazia o diagnóstico e procurava saber sobre o tratamento: se ele estava fazendo ou não e se era eficaz; também procurava saber sobre as expectativas de trabalho e quanto à ajuda da empresa. Esse grupo tinha algumas características em comum: 90% eram mulheres, alguns separados recentemente, estavam muito sozinhos e também tinham sofrido alguma perda. Em seguida, o banco fez um convênio com o INSS, um acordo em que se comprometia a cuidar da reabilitação profissional de seus funcionários com LER/DORT, tendo em vista a dificuldade da UTRP em realizar o

acompanhamento necessário dessas pessoas. O plano de saúde do banco cobre 100% do tratamento médico, fisioterapêutico e outros. A partir da homologação do nexo causal da doença com o trabalho, o Programa de Reabilitação Ocupacional é voltado para a reabilitação profissional dos funcionários com LER/DORT; ele é formado por uma equipe interdisciplinar (médico do trabalho, psicólogo, assistente social). A participação no programa é feita por meio de inscrição e abertura de um processo para efetuar acompanhamento do tratamento para viabilizar a volta para o trabalho. Inicialmente, houve resistência por parte dos funcionários convocados para participarem do programa, porque eles tinham medo de serem demitidos. Após a pessoa passar por todo o processo e não tiver condições de voltar para a mesma atividade, ela é enviada para um outro posto de trabalho ou para outra atividade.

Temas: grupo para resgatar funcionários com LER/DORT; criação do Programa de Reabilitação Ocupacional; acompanhamento de cada caso.

Exemplos de verbalizações

- *“Nós temos dois focos aqui: a promoção da saúde e o tratamento.”*
- *“Todo esse trabalho é só com os portadores de LER/DORT; o objetivo é melhorar as condições de trabalho para eles retornarem ao trabalho.”*
- *“A maioria era de pessoas que estavam de licença, estavam afastadas.”*
- *“Então, tinham algumas características que eram comuns nesse grupo, tanto homem quanto mulher; na verdade, mais de 90% eram mulheres.”*
- *“O banco fez um convênio com o INSS. A gente sabe que o INSS não tem condições de fazer acompanhamento individualizado.”*
- *“Quando o INSS homologa e diz que é acidente de trabalho, é quando ele consegue estabelecer o nexo causal.”*
- *“Então, nós criamos o Programa de Reabilitação Ocupacional, nós buscamos os nossos funcionários para serem reabilitados na empresa.”*
- *“É uma equipe multidisciplinar. A gente faz uma inscrição, monta o processo; tem o acompanhamento porque a pessoa é convidada a participar.”*
- *“Muitas vezes, o funcionário ia fazer perícia no INSS no mês de março; aí a Previdência já dava licença até dezembro.”*
- *“Inicialmente, teve alguma resistência porque tinham medo de ser demitidos.”*

Essa categoria evidencia a iniciativa de criação de um Programa de Reabilitação Profissional por parte do Departamento de Saúde de um banco oficial, tendo em vista a política da Perícia Médica de colocar trabalhadores portadores de LER/DORT por um período longo de licença previdenciária e da dificuldade da UTRP/INSS de realizar o acompanhamento dessas pessoas. Entre as iniciativas apresentadas de intervenção para promoção da saúde, ainda não há indicação de intervenção na organização do trabalho nos aspectos geradores de adoecimento, apenas na adequação ergonômica do posto de trabalho;

por essa ação do banco já representa um grande avanço. De acordo com o relato, todos os componentes dos grupos que participaram das primeiras reuniões tinham características em comum e 90% eram mulheres. Mais uma vez, vale lembrar que a Psicodinâmica do Trabalho não partilha da visão de um perfil psicológico funcionando como causa de LER/DORT e chama a atenção para a divisão sexual do trabalho (Dejours, 1999, 2004).

Para Dejours (2004), atribuir a responsabilidade da hiperatividade unicamente ao trabalhador, sem considerar as implicações das demandas da organização do trabalho no processo desencadeador da patologia, é prescrever aos trabalhadores o abandono de sua consciência profissional. Por outro lado, o trabalho ocupa um lugar diferente na construção da saúde, tanto para os homens quanto para as mulheres (Dejours, 1999; Pezé, 2002). Por essa razão, programas que visem a prevenção da saúde da mulher no trabalho não podem limitar a investigação ao próprio local de trabalho, porque o espaço privado também resiste; há uma intercambialidade entre essas duas esferas.

“Quanto mais tempo ficar de licença, mais difícil o retorno”

Inicialmente, destaca a importância da preparação dos gerentes (gestores) para receberem o funcionário acometido por LER/DORT em sua volta ao trabalho; esclarecer que não se trata de “manha” ou que a “pessoa não queira trabalhar”, mas de uma limitação que a priva de determinadas atividades. Existem alguns gestores mais difíceis de lidar, como têm equipes mais difíceis também; eles fazem imposições e querem empurrar os lesionados para a área administrativa. Embora os funcionários tenham limitações, eles precisam estar em atividade e se espera que também tenham desempenho, pois todos têm metas para cumprir. Por essa razão, o banco tem investido na preparação dos gestores. É reforçada a necessidade de fazer as pausas durante o trabalho, tanto para a prevenção quanto na reabilitação. Os funcionários têm que compreender a importância dessas pausas, mas muitos não entendem; é importante que a pessoa também contribua, que faça as pausas, que procure reduzir o ritmo se achar que está acelerado. A reabilitação profissional também depende da pessoa e existem aquelas que não contribuem. O objetivo da área de saúde é a construção de um ambiente de saúde, que a pessoa seja bem recebida na unidade, que o gerente e os colegas compreendam as limitações de quem tem LER/DORT. Hoje existem pessoas que ficaram muito tempo de licença-médica e há mais de dois anos que voltaram para o trabalho e não tiveram uma nova licença. As medidas adotadas referentes às pausas e às adequações ergonômicas reduziram em 55% os casos de LER/DORT. O propósito é, até 2015, obter resultados sustentáveis. As metas de produtividade não deixarão de existir, mas que as pessoas tenham qualidade de vida. De nada adiantaria resultados financeiros enormes, mas a equipe estraçalhada. O funcionário com LER/DORT, ao retornar para o trabalho, é acompanhado por seis meses e é orientado para comunicar o departamento se tiver algum problema. O objetivo é não ficar de licença porque foi constatado que quanto mais tempo a pessoa ficar de licença, mais difícil é o retorno; a

pessoa se distancia do ambiente de trabalho e quando volta é difícil acompanhar as mudanças.

Temas: trabalho com os gestores; preocupação com as pausas; construção de um ambiente de saúde; obtenção de resultados sustentáveis.

Exemplos de verbalizações:

- *“É feita a preparação com os gerentes e a gente coloca para eles assim: Olha, existe uma limitação, essa pessoa não pode fazer atividade tal e que não é manha.”*
- *“O objetivo é tratar essa pessoa. Nós temos colegas aqui que ficaram muito tempo de licença-médica e já tem mais de dois anos que voltaram e não tiveram uma licença mais.”*
- *“Todos esperam que eles tenham desempenho porque todo mundo lá tem metas para cumprir.”*
- *“A gente trabalha muito a questão das pausas e depende muito da própria pessoa porque a gente tem pessoas que não contribuem.”*
- *“A proposta do banco, da direção, é que se tenha resultado sustentável e que promova a qualidade de vida no trabalho.”*
- *“O que a gente percebeu é que quanto mais tempo ela ficava de licença, mais difícil é o retorno. A pessoa distanciava muito do ambiente de trabalho e, com as mudanças aceleradas, quando a pessoa voltava, ela estava totalmente desfocada, distante e não sabia mais nada.”*

A preparação dos gestores para orientar suas equipes para serem receptivas à volta do colega, para serem compreensivas quanto às limitações impostas pela patologia, para respeitar as pausas como medida preventiva das LER/DORT e como estratégia para manutenção do tratamento, todas elas ainda são ações reativas e ainda não visam a prevenção. Contudo, é de grande importância a proposta de obtenção de resultados sustentáveis. A busca por resultados sustentáveis é uma idéia inovadora, pois presume-se que haja um equilíbrio no meio ambiente de trabalho entre as exigências por produtividade e os limites psicossomáticos dos bancários.

Talvez seja esse o conceito necessário a ser difundido e operacionalizado nas instituições financeiras em face do crescimento do número de doenças de sobrecarga (LER/DORT, depressão, doenças cardiovasculares, etc) e doenças sociais (suicídio, assédio moral etc). Se ele sugere ou não mudanças nas pressões por produtividade, na forma de gerenciamento e nos critérios de avaliação, esse conceito traz em si a idéia de que é possível obter resultados sem a mutilação dos bancários. Essa é uma política de prevenção que precisa ser implementada para que se tenha um ambiente de saúde.

A constatação de que *“quanto mais tempo longe do trabalho, mais difícil é o retorno”* coloca em questão a política da Perícia Médica do INSS para a caracterização do nexos causal.

A burocracia desse processo submete o bancário a um círculo vicioso de contínuos retornos ao trabalho, sem treinamento para uma nova função, seguida de renovações de licença. Esse procedimento promove o distanciamento do ambiente de trabalho e contribui para o fracasso da reabilitação profissional.

“O administrador pode suprir aquela ausência por um funcionário sadio”

Quando o funcionário afastado por licença-médica entra no processo de reabilitação profissional, o INSS solicita da agência, da unidade do banco onde o funcionário trabalha, uma relação de atividades que ele poderá realizar. No caso de quem tem LER/DORT, o INSS comunica quais são as limitações que impedem o desenvolvimento de certas atividades que exigem esforço repetitivo. As instruções internas do banco determinam que, quando o funcionário vai entrar no programa, deve haver uma reunião com o funcionário, o administrador da unidade e o médico do banco, ou não. Esses três elaboram uma relação de atividades daquele local que seja compatível com as limitações do funcionário. Normalmente, o funcionário poderá ir para a atividade de auto-atendimento porque não é uma atividade repetitiva e ele não fica lá o dia inteiro. Como nem sempre as coisas funcionam como se gostaria, tentou-se transformar a situação do funcionário que retorna mais atrativa para o administrador. De acordo com as normas internas, quando o funcionário ultrapassa 90 dias de afastamento, ele é incluído no código suplementar e se ele tiver uma comissão, ele perde. Ao ser incluído no quadro suplementar, abre vaga na unidade e o administrador pode suprir aquela ausência por um funcionário sadio. E o administrador tem interesse em fazer isso. Por essa razão, o funcionário não quer voltar porque, quando termina a licença saúde, ele volta sem a comissão; isso representa 50% do que ele recebia. Então, para tentar reverter essa situação, conseguiu-se com a diretoria do banco, primeiramente contornar a situação dos caixas com LER/DORT. Esses, ao voltarem para o banco, se ainda tiverem alguma limitação, eles continuam recebendo a comissão por 12 meses. Para os outros funcionários com LER/DORT, foi aprovado pelo consenso diretor que eles receberão a comissão durante quatro meses. Esses funcionários não são considerados como despesa para aquela unidade como é de costume, eles voltam como despesa corporativa.

Temas: instruções internas que regulamenta a reinserção; conseqüências financeiras do afastamento; medidas para viabilizar a volta ao trabalho.

Exemplos de verbalizações

- *“Normalmente, quando o funcionário é afastado e entra no processo de reabilitação profissional, o INSS solicita do banco uma relação de atividades que ele pode fazer”.*
- *“E então, ele pode passar para a atividade de auto-atendimento porque não é uma atividade repetitiva, cansativa; e o funcionário que retorna, você não deixa ele ali o dia inteiro; ninguém fica ali o dia inteiro porque não tem nem onde sentar”.*
- *“Já tentamos com o banco ver a situação do funcionário que retorna para ele se tornar*

atrativo para o administrador”

- *“Quando o funcionário ultrapassa 90 dias de afastamento, ele entra no quadro suplementar; se ele tem uma comissão pela atividade que exerce, ele perde”.*

- *“O funcionário incluído no quadro suplementar abre vaga na dependência. Então, o administrador pode suprir aquela ausência por um funcionário sadio”.*

- *“Então, quando ele volta, ele volta como despesa corporativa”.*

De acordo com o apresentado na categoria, as iniciativas tomadas para a reinserção de bancários no trabalho esbarram em questões discutidas pela Psicodinâmica do Trabalho e que são essenciais para a saúde do trabalhador, por exemplo, o reconhecimento. Imagine um (a) bancário (a) que antes do adoecimento exercia uma função cuja tarefa era portadora de um conteúdo significativo. Ao voltar para o trabalho, após o período de tratamento das LER/DORT, o bancário é designado para desempenhar atividade no auto-atendimento, onde ficam as máquinas de saque automático. Pode-se presumir o sentimento de exclusão e de perda da identidade de trabalhador para a identidade de doente (Araújo, 1998).

As normas internas do banco que tratam do afastamento por motivos de doença também ratificam a idéia de que é um espaço onde não há lugar para trabalhador com problemas de saúde. Ele é punido por ter adoecido, pois perde a comissão e não tem mais a garantia do espaço de trabalho. Para completar, o gerente que é diretamente responsável pelo cumprimento das metas recusa ter em seu quadro de funcionários quem seja portador de LER/DORT. Este não mais será capaz de se manter no mesmo ritmo frenético para obtenção de resultados, por isso, é substituído por um sadio. E, nessa situação, o gerente não escapa da tarefa de colaborar com a organização do trabalho de infligir sofrimento a outrem (Dejours, 2001).

“O funcionário trabalha um tempo relativamente curto e depois se afasta de novo”

Por ocasião do retorno ao trabalho de um funcionário portador de LER/DORT, o pessoal costuma dizer que não quer um “meio funcionário”. Devido às limitações impostas pela patologia, o funcionário é recebido com brincadeiras do tipo: “Como foram as férias?”, “Como é que foi a temporada?”, “Foi para a praia?” E para quem está de volta ao trabalho, ainda com certa fragilidade, ter que ouvir isso é difícil. Para evitar esses constrangimentos, tem-se solicitado às pessoas responsáveis pelo processo de reabilitação, como o médico do banco, para se reunirem com a equipe de trabalho antes do retorno definitivo do funcionário para contornar a situação, para evitar rejeições. Porém, isso é impossível de ser feito no Brasil

todo porque nem sempre há médico nas agências para apaziguar. Ainda, com muita frequência o funcionário trabalha um tempo relativamente curto e depois se afasta de novo, com o agravamento da doença. O serviço bancário tem uma carga psíquica muito pesada. O funcionário na agência tem pressão de todos os lados. Ele tem pressão dos colegas, porque todo mundo trabalha no limite; tem pressão do cliente, porque ele quer ser bem atendido e com rapidez; tem a pressão do chefe imediato, porque tem que produzir, cumprir metas. Então, é uma organização um tanto quanto cruel para o trabalhador. Cada um tem suas fragilidades e juntando com essa pressão no trabalho é um caldeirão fervendo. Por isso, a coordenação do PCMSO procura trabalhar no âmbito preventivo; intervir quando os funcionários apresentam os primeiros sintomas de qualquer doença ósseo-muscular detectadas nos exames periódicos. Às vezes, os funcionários não valorizam os próprios sintomas; estão sentindo e não relatam por medo de reclamar e perder a comissão. Tem-se tentado ações para que o funcionário não adoça tanto e que ele possa ser atendido aos primeiros sintomas, mas nem sempre isso é possível. Do ponto de vista da chefia imediata, a pessoa doente não é vista com bons olhos; ela é discriminada porque não se pode contar com ela para o cumprimento das metas. A coordenação procura acompanhar os funcionários afastados por mais de 90 dias para verificar os resultados dos tratamentos, o que nem sempre acontece porque a patologia continua.

Temas: trabalho para evitar rejeição; os casos de recidivas; iniciativas no âmbito preventivo.

Exemplos de verbalizações:

- *“O pessoal costuma dizer, mesmo que ele retorne com limitações laborais, que não quer um meio funcionário.”*
- *“É bem difícil ainda, com certeza tem uma série de dificuldades.”*
- *“É uma série de rejeições até por parte do grupo de trabalhadores daquela dependência. Está todo mundo trabalhando muito e quando chega alguém com alguma limitação há rejeição.”*
- *“E acontece também com muita frequência é que o funcionário trabalha um tempo relativamente curto e depois vem a se afastar de novo, com o agravamento da doença.”*
- *“O serviço bancário tem uma carga psíquica muito pesada. O esforço repetitivo, as situações, a organização do trabalho.”*
- *“Tem muitas pessoas que não valorizam os próprios sintomas; às vezes por medo, por insegurança porque dá para agüentar, não vai reclamar porque senão pode perder a comissão.”*
- *“Às vezes, com vários tipos de tratamento medicamentoso, fisioterápico, psicológico e mesmo assim a patologia continua.”*

Mais uma vez, essa categoria evidencia que a volta ao trabalho dos bancários acometidos por LER/DORT é marcada por rejeição e desconfiança, presente nas piadas e nas atitudes de zombarias em relação às limitações impostas pela patologia. Essas reações da equipe de trabalho coloca em evidência o quanto os bancários se sentem incomodados com a presença de um colega que tem LER/DORT. Primeiro, porque faz os outros pensarem na

própria situação de risco de adoecimento, em face da fragilização das estratégias de defesas. Ao mesmo tempo, o medo do risco é incompatível com a realização de trabalho. Isso lhes impede o contato com os colegas adoecidos porque o pensamento atrapalha a aceleração das cadências. Por analogia às estratégias coletivas de defesas, Dejours (1994, 1999, 2000) afirma que as zombarias, as piadas são organizadas para fazer rir dos riscos e tornar cômica a doença. É uma forma de inversão psíquica em relação ao perigo para aqueles que continuam com o ritmo acelerado das performances produtivas; uma estratégia de defesa destinada a subverter o medo diante da percepção de risco de adoecimento imposto pela tarefa repetitiva.

Nessa mesma direção, aqueles que voltaram para o ambiente de trabalho se sentem incapacitados de manterem-se no mesmo ritmo de antes, por causa da perda das estratégias defensivas. Por essa razão, eles não são bem-vistos nem pela chefia, nem pelos colegas de trabalho, pois se tornaram em um “meio funcionário”. Em paralelo, os casos de recidivas e os contínuos afastamentos para reabilitação da capacidade laboral também têm relação com a desestabilização das estratégias de defesas, pois os bancários se sentem incapazes de permanecer no trabalho porque não podem mais lutar contra a dor, que já se tornou crônica.

Essa situação é agravada pelo fato de que, às vezes, a perícia médica, antes mesmo de estabelecer onexo causal, determina o retorno do bancário para o trabalho sem que se tenha solicitado outra função para ele e sem que tenha passado por treinamento para tal. Nesse caso, pode ocorrer que o bancário volte para a mesma tarefa que desencadeou o adoecimento e seja submetido às mesmas situações de pressão.

A luta contra o medo de ser demitido ou de não conseguir voltar ao trabalho conduz à formação de mais sintomas, como parestesias, dores, impotência funcional e outros, que impedem a permanência dos bancários acometidos por LER/DORT no trabalho. Essa dinâmica é denominada por Dejours (1986; 1992; 2000) de Síndrome Subjetiva Pós-traumática, um conjunto de sintomas variados relacionados aos aspectos funcionais que impedem o retorno para o trabalho.

Os Profissionais dos Sindicatos dos Bancários do Distrito Federal e de Goiás

- “O processo de reabilitação profissional, em 90% dos casos, é uma fraude”

- *“empregado que volta, a sensação dele de inutilidade aumenta”*

“O processo de reabilitação profissional, em 90% dos casos, é uma fraude”

O adoecimento por LER/DORT, segundo leituras, está relacionado ao perfil de pessoa perfeccionista; nunca se tem um caso em que o portador seja preguiçoso ou que mate serviço. A vida dele gira em torno da empresa e, por conta disso, se sobrecarrega. Às vezes, se confunde o efeito da doença com esse perfil quando afirmam que a pessoa é depressiva. Essa patologia provoca dor 24 horas, os remédios estragam o estômago, a vida sexual é afetada e como não ficar em depressão? Por causa dessa patologia, há trabalhadores com 22 anos de idade que recebem carimbo de inválidos na testa. Deveria existir um processo de reabilitação profissional efetivo, que contasse com a participação do empregador e do INSS. Apesar de possuir bons profissionais, o INSS não tem estrutura para fiscalizar e acompanhar a reabilitação profissional. Há casos em que caixas e gerentes, que entendem de aplicações e investimentos, são colocados como fiscal de fila ou como orientador nas máquinas de saque automático; alguns não têm condições de ficar em pé por longo tempo. A reabilitação profissional, em 90% dos casos, é uma fraude, é um faz-de-conta que está reabilitando. O bancário retorna ao trabalho até que venha uma nova crise. A área de reabilitação profissional não conta com orçamento, é como se o tema não tivesse importância. Para o empregador, essa situação é de absoluto conforto; ele mutila os funcionários, descumpra a lei e ainda se volta para cima do INSS que tem o vício de pagar benefícios. O sindicato, nas negociações coletivas, tem abordado esse programa, mas enfrenta dificuldades de ordem interna nos bancos. Atualmente, as agências têm que cumprir sua própria folha de pagamento e isso leva a situações perversas, o funcionário é considerado como despesa. Se for para o gerente escolher entre um que tenha 20 anos de casa e outro que tenha um ano ou até três, ele opta pelo de um ano porque não pesa na folha. Esse critério gera mais discriminação quando se trata de funcionários portadores de LER/DORT. O sindicato propôs que esses funcionários, ao retornarem da licença médica, que o peso da folha de pagamento ficasse na direção geral por um ou até três anos. Mas os bancos foram de tal forma tacanhos que rejeitaram. Eles não têm interesse em resolver o problema.

Temas: perfil psicológico; o INSS não tem estrutura para fiscalizar; equívocos na reinserção ao trabalho; propostas do sindicato para reinserção.

Exemplos de verbalização:

- *“Já li alguma coisa sobre e ele tem um perfil de perfeccionista.”*

- *“Esse é um problema. Deveria abrir um processo de reabilitação profissional efetivo que contasse com a participação do empregador, que contasse com o próprio INSS.”*

- *“A área de reabilitação do INSS é boa, tem profissionais dedicados, mas não tem estrutura para isso. Ele não tem estrutura para fiscalizar.”*

- *“Então, você pega um profissional que era caixa ou gerente, gerente de contas, é um sujeito que conhece de aplicações de investimentos e você coloca o sujeito como fiscal de fila ou como orientador naquele ambiente onde ficam as máquinas de saque automático.”*

- *“O processo de reabilitação profissional, em 90% dos casos, é uma fraude, é um faz-de-conta que está reabilitando. Não há um programa de reabilitação profissional decente.”*
- *“E para o empregador é conforto absoluto, porque ele mutila, ele descumpra a lei, ele leva ao ponto de invalidez e o que ele faz? Volta para cima do INSS.”*
- *“O Sindicato propôs que o trabalhador que retornasse, decorrente das doenças do trabalho, que o peso da folha de pagamento dele, por um ano, dois anos, três anos permanecesse na direção-geral; que ele nem tomasse vaga de outro, que ele não pesasse na lotação da agência.”*

Adotar o pressuposto de um perfil psicológico mais propenso aos danos da hiperatividade é desviar o foco do papel da organização do trabalho na origem do adoecimento, naquilo que ela tem de pressão, de intensificação do ritmo e do tempo, e na geração de conflitos intersubjetivos. Ainda, é deixar de considerar que, primeiramente, o trabalho é um ganha pão. Para muitos, a submissão à sobrecarga de trabalho, que coloca em risco a saúde, também é engendrada pela disciplina da fome.

Para a Psicodinâmica do Trabalho, o trabalho não é fonte de adoecimento, e sim mediador da saúde; porém, as pressões por produtividade têm impacto direto no funcionamento psíquico; as LER/DORT, antes de ser um dano físico são um dano psíquico. A crítica que se faz à forma de reabilitação profissional dos bancários portadores de LER/DORT oferecida pelo INSS/UTRP, tanto pela falta de estrutura para realizar o acompanhamento quanto pela falta de orçamento, também foi feita por uma técnica do INSS por ocasião da entrevista de pesquisa. Por outro lado, há crítica aos bancos pelo descaso em relação ao modo como atendem a solicitação de tarefa compatível às limitações do bancário com LER/DORT. Mais uma vez, os resultados da análise dessa categoria referendam a hipótese de que a reabilitação profissional oferecida pelo INSS/UTRP não contempla a psicodinâmica que envolve os bancários e as formas de mediação do sofrimento, além de provocar o reaparecimento dos sintomas, os quais comprometem a reinserção no trabalho. Portanto, a forma como é realizada a reabilitação profissional tem gerado mais exclusão do que reinclusão.

“O empregado que volta, a sensação dele de inutilidade aumenta”

As LER/DORT são uma coisa que acontecesse no subterrâneo dos bancos. É difícil um bancário vir ao Sindicato para saber o que ele poderia fazer para evitar a doença. Trata-se de pessoas desconfiadas de tudo, desconfiam do Sindicato e até dos colegas. Quando chegam a procurar ajuda, a situação já está complicada, estão de cabeça baixa e falam baixinho. O Sindicato passou a ter uma consciência maior do problema; divulga palestras e artigos para melhorar a auto-estima deles e mostrar que eles são vítimas da tarefa repetitiva, mas que existem alternativas. O bancário portador de LER/DORT tem medo de ser demitido e ficar sem nada. Muitos não conhecem os seus direitos. Uma grande maioria está afastada pelo INSS no código 31, que se trata de auxílio-doença comum. O Sindicato orienta para que eles solicitem no INSS a transformação do benefício para o código 91, que são as doenças relacionadas ao trabalho. Ao contrário do que costumam dizer, a maioria dos bancários que procura ajuda são relativamente novos, com pouco tempo de banco. No contato com eles, pode-se perceber quão deficiente é esse trabalho de reinserção. Aquele que volta, a sensação de inutilidade aumenta assustadoramente. O banco joga-o numa sala e manda ficar lá. Aí, os colegas passam e ficam olhando. Ainda é dramático, os bancos tratam com um tremendo descaso. Existem cláusulas na convenção coletiva que diz que o bancário afastado por doença profissional tem o direito de receber complementação de salário e durante seis meses ele recebe o ticket-alimentação e a cesta-alimentação, além de ganhar participação nos lucros. Após seis meses de afastamento, ele perde, não recebe mais. Então, eles são orientados para voltarem nem que seja por uma semana para não perderem o ticket, mas eles não voltam porque se sentem humilhados.

Temas: os bancários lesionados têm medo de demissão; equívocos no registro dos códigos de afastamentos; a reinserção provoca humilhação.

Exemplos de verbalização:

- *“É meio na surdina, é como se fosse uma coisa que acontecesse no subterrâneo do banco.”*
- *“É muito difícil uma pessoa vir aqui no Sindicato, em condições, para dizer o que ela poderia fazer para evitar.”*
- *“O Sindicato passou a ter uma consciência maior da dimensão do problema.”*
- *“Então, o grande medo é de ser demitido e ficar sem nada.”*
- *“A grande maioria dos casos está afastada no INSS no código 31, que é o auxílio-doença previdenciário, doença comum.”*
- *“E quando o sindicato toma contato com esse empregado que volta, a gente vê quão deficiente é esse trabalho de reinserção.”*
- *“O empregado que volta, a sensação de inutilidade, ela aumenta assustadoramente.”*
- *“O banco joga ele numa sala lá e manda ficar lá; essa é a reinserção. Aí os colegas passam e ficam olhando.”*
- *“A reinserção ainda é dramática. Os casos que a gente teve contato são casos assim... o banco trata com um tremendo descaso.”*

A idéia de que as LER/DORT são uma patologia desenvolvida no subterrâneo do banco expressa o quanto são escondidas e negadas pelos bancários, diante do medo de serem demitidos, pois é uma patologia utilizada como um instrumento de exclusão por parte dos bancos. Frequentemente, os bancários acometidos por essa patologia são condenados ao ostracismo. É preciso passar pela situação de expiação do sofrimento pela culpa por terem adoecido, provar da experiência e do sentimento da inutilidade em que se tornaram. Eles deverão servir de exemplo para os colegas que passam, para que eles vejam qual será o futuro deles se também adoecerem. A situação é ameaçadora, é intimidatória, e não há mais estratégia de defesa que dê conta de evitar o medo e a percepção de dor que continua vindo do corpo.

A categoria também aborda a questão sobre a implementação equivocada do benefício, que pode ser traduzida na política de descaracterização do nexos causal, tanto pelo banco quanto pelo INSS. De acordo com o relato, implementar o benefício no código 31, e não no 91 sugere: primeiro, a tentativa de reduzir estatisticamente o número de acidentes de trabalho; em seguida, não recolhimento do FGTS para o bancário durante o período de licença, a perda da estabilidade de um ano após o retorno ao trabalho, medida que favorece os bancos por não terem de cumprir a lei; por último, a suspensão da contagem de tempo de serviço. A implementação do auxílio como doença comum (código 31) cessa a contagem do tempo de serviço. Desse modo, a reinserção ainda é dramática e complexa porque envolve políticas e interesses de várias partes.

O relato também indica que a atuação do Sindicato dos bancários nas questões referentes à saúde dos bancários é limitada. Atualmente, o esvaziamento do poder do sindicato tem ocorrido por causa da redução do número de bancários afiliados.

Enfim, o olhar dos atores envolvidos no processo de reabilitação da capacidade laboral e na reinserção no trabalho dos bancários acometidos por LER/DORT revela que os resultados não são nada animadores, por diversos motivos.

Inicialmente, para os profissionais de saúde, os bancários acometidos por LER/DORT são os “pacientes mais difíceis de tratar”, porque eles só procuram tratamento especializado quando a patologia está avançada e em estado de cronicidade. Nesse estado, o tratamento fisioterapêutico não oferece resultados imediatos, mas os bancários sempre esperam respostas rápidas porque precisam voltar para o trabalho. Esse desencontro cria um círculo vicioso. Quando o bancário consegue alguma melhora no tratamento, ele abandona, mas depois de

alguns dias os sintomas se agravam e ele volta a procurar ajuda. A interrupção e a persistência da dor comprometem os resultados. O relacionamento entre o bancário e o profissional de saúde é marcado por uma desconfiança recíproca. De um lado, o bancário, por ter se automedicado por muito tempo ou mesmo por indicação do médico-assistente, afirma que já tentou de tudo e não deu resultado. Do outro lado, o fisioterapeuta se desanima diante do estado de cronicidade, pois nenhum tratamento traz resultados a curto prazo.

Em seguida, para os médico-peritos, ainda não se tem um diagnóstico preciso das LER/DORT, dada a ocorrência de vários fatores presentes na sua etiologia. Assim, nem sempre as lesões podem ser chamadas de LER/DORT. Para esses profissionais, o bancário, ao voltar para o trabalho, “se sente rejeitado e não quer voltar” porque não encontra outra função e também porque é visto como alguém que procura “ganhos secundários” com a doença. Os médicos afirmam que a reabilitação profissional seria bem-sucedida se houvesse a participação das chefias e colegas de trabalho nesse processo.

Quanto ao olhar dos gestores dos bancos envolvidos com o processo de reabilitação profissional e reinserção no trabalho, a constatação é a de que “quanto mais tempo o bancário ficar de licença, mais difícil será o retorno”, porque ele se distancia do ambiente de trabalho e, por isso, torna-se difícil para ele acompanhar as mudanças. O longo tempo de licença poderá gerar perda da função, e conseqüentemente, redução salarial e perda do cargo, pois poderá ser substituído por um outro funcionário “sadio”.

Ainda, afirmam que a volta do bancário portador de LER/DORT para o trabalho é marcada por rejeições, por preconceitos e exclusões. Esses fatos estão apoiados em vários motivos, já discutidos no presente trabalho. Mas é importante acrescentar que nem sempre os bancos possuem políticas de reinserção e, quase sempre, os bancários, após longo período de afastamento para tratamento, a Perícia Médica do INSS, por julgar oportuno, determina o retorno ao trabalho do bancário após longo período de afastamento para tratamento, mas sem que tenha havido o seu encaminhamento para o Programa de Reabilitação Profissional ou para qualquer outro tipo de treinamento e orientação para ocupar uma nova função. Essa decisão contribui para que o bancário trabalhe um tempo relativamente curto e, depois, se afaste novamente. Isso torna a tentativa de reinserção um fracasso.

Por último, o olhar dos profissionais dos Sindicatos dos Bancários do Distrito Federal e de Goiás lança críticas contundentes ao Programa de Reabilitação Profissional oferecido pela UTRP/INSS-GO porque o órgão não tem um corpo técnico e nem orçamento suficientes para promover, supervisionar e acompanhar os trabalhadores nesse processo.

Conseqüentemente, os bancários são reinseridos em tarefas que não condizem com as suas limitações. Os sindicalistas criticam também os bancos por lidarem com descaso um problema tão grave; para eles, as questões de saúde dos bancários parece não ter importância para o patronato. Diante da política de exclusão dos bancos, o bancário, quando volta, “a sensação de inutilidade aumenta” e, assim, a tentativa de retorno fracassa.

De uma forma geral, os resultados apresentam informações sobre o processo de reabilitação da saúde e reinserção no trabalho que foram discutidos neste estudo e que dizem respeito às limitações do tratamento e do programa de reinserção. Quanto ao tratamento fisioterápico, conforme indicado por Almeida e Diniz (1998), o ideal seria que fosse iniciado precocemente, porque isso evitaria o agravamento e a cronificação dos sintomas, além de ajudar a contornar os processos inflamatórios aumentando a chance de resultados mais satisfatórios. A demora por procura de ajuda especializada constitui em uma limitação às possibilidades de reabilitação da capacidade laboral.

Em contraponto às limitações do tratamento convencional, o trabalho de Sato et al., (1993), Araújo (1998) e Merlo et al., (2001) indicam que a modalidade de trabalho em grupo com trabalhadores portadores de LER/DORT por um equipe multidisciplinar, simultaneamente ao tratamento convencional, funcionou como uma modalidade alternativa que criou condições e possibilidades de reflexão, discussão e construção de conhecimento da relação entre trabalhador-trabalho e adoecimento. Ainda, possibilitou a construção de estratégias para o bancário poder conviver com as limitações, a reconstrução da identidade e a descoberta de novas potencialidades.

O trabalho com portadores de LER/DORT por uma equipe interdisciplinar também foi uma indicação da equipe de fisioterapeutas, de um dos gestores de banco e da médica-perita, ao compreenderem que se trata de um problema complexo e que nenhuma forma isolada de tratamento terá resultado satisfatório. Ainda, que haja a participação dos gestores dos bancos nesse trabalho.

Por fim, as análises indicam que, de acordo com percepção desses profissionais, a reinserção dos bancários portadores de LER/DORT tem gerado mais exclusão, como ficou evidenciado nos relatos dos bancários e também no trabalho desenvolvido por Araújo (1998) com outros profissionais portadores da mesma patologia. Os motivos incluem a dificuldade de recuperação da capacidade laboral, em virtude do estado avançado da patologia e pela persistência dos sintomas, das rejeições e dos preconceitos quando de volta ao trabalho. O bancário não encontra apoio e nem outra função que seja compatível com sua limitação,

podendo ser substituído por outro funcionário sadio. Soma-se a isso a falta de envolvimento efetivo das áreas competentes dos bancos nesse processo e a ineficácia da reabilitação profissional oferecida pela UTRP/INSS que, por um lado, não considera as conseqüências psíquicas do adoecimento e, por outro, esbarra na política adotada pela Perícia Médica do INSS, que demora a estabelecer o vínculo da patologia com o trabalho, mantendo os bancários afastados do ambiente de trabalho por um período muito longo, comprometendo ainda mais a reinserção no trabalho.

9. O FRACASSO DA REABILITAÇÃO PROFISSIONAL DE BANCÁRIOS PORTADORES DE LER/DORT

Este capítulo apresenta respostas às questões que nortearam o presente estudo e, ao mesmo tempo, evidencia a discussão da tese defendida neste trabalho quanto ao processo de reabilitação e reinserção profissional dos bancários portadores de LER/DORT. Ainda, as contribuições e limitações desse trabalho e sugestões a partir dos achados da pesquisa.

Inicialmente, a análise clínica do trabalho indicou que a organização do trabalho em que os bancários portadores de LER/DORT estavam submetidos era marcada pela rigidez do prescrito. Com um quadro de funcionário reduzido, os bancários realizavam tarefas repetitivas, monótonas, com conteúdo pobre, sob pressão de tempo e por produtividade; sofriam a pressão de clientes internos e externos, enfrentavam conflitos nas relações intersubjetivas de trabalho e mantinham posturas inadequadas por longo período para a realização das tarefas.

Esse resultado está em acordo com o que foi preconizado por Mendes e Cruz (2004), Dejours (1994, 2000), Araújo (1998), Merlo et al. (2002), Veloso (2000), Ribeiro (1999), Martins (2002), Lima (1998) e Pezé (2002). Para esses autores, a organização do trabalho tem relação direta com o processo de adoecimento por LER/DORT. Nela estão presentes os principais fatores que estão na origem dessa patologia.

Para Dejours (2000, 2004), Pezé (2002), Derriennic, Pezé e Davezies (1997), a etiologia das LER/DORT encontra-se na intensificação trágica dos mecanismos de repressão pulsional presentes nas formas clássicas de organização do trabalho e nas novas modalidades de gestão que colocam em risco o equilíbrio psicossomático dos trabalhadores.

A organização do trabalho representa a vontade de um outro que se opõe e impõe às necessidades e desejos dos trabalhadores (Dejours, 1992, 1994, 2001). Nesse sentido, o conflito entre o psiquismo do trabalhador e a organização do trabalho (pressões, rigidez do prescrito) surge quando há pouca margem de liberdade para a adequação do prescrito e impede a utilização das competências intelectuais, psíquicas e motoras do trabalhador para realizar as tarefas. Essa situação leva à retenção da energia pulsional, que constitui uma carga psíquica de trabalho.

No caso de adoecimento por LER/DORT, Dejours (2000) estabelece uma relação entre sofrimento psíquico e fragilização somática, em que há a combinação de efeitos específicos

de repetitividade e pressão de tempo. De acordo com esse pensamento, a pressão por repetitividade não atinge primeiro o corpo; o primeiro alvo das pressões é o funcionamento psíquico. Assim, para Dejours, as LER/DORT têm sintomatologia psicossomática.

Conforme indicado por Miranda (1998), o processo de adoecimento dos bancários foi gradual. Os bancários relataram que a dor surgia durante a jornada de trabalho e depois se agravava até se tornar forte, contínua, insuportável e impeditiva da realização do trabalho. Na última fase, o sofrimento se transformou em adoecimento.

A análise indicou vivências de prazer e sofrimento no trabalho bancário. As vivências de prazer estavam relacionadas à liberdade de organização e do uso da inteligência para realização das tarefas, à própria auto-aceleração dos movimentos quando mediava a dinâmica do reconhecimento, à cooperação entre os colegas e ainda a uma certa autonomia para o desenvolvimento e a prática da dramaturgia dos gestos de trabalho.

As vivências de sofrimento foram decorrentes do encontro dos bancários com a rigidez da organização do trabalho, que oferecia pouca margem de liberdade para as adequações da tarefa repetitiva, monótona e com conteúdo sem significado. A vivência de sofrimento também ficou evidenciada nas pressões de tempo e por produtividade, que engendraram a construção de estratégias defensivas para manter a saúde psíquica em estado de normalidade (Dejours, 1992, 1994, 2000; Mendes et al. 2003).

Assim, para conjurar o sofrimento e o bem trabalhar, os bancários aceleravam o ritmo de execução das tarefas como uma via de evasão dos conflitos e pressões decorrentes das relações intersubjetivas de trabalho. Para Dejours (2004), a auto-aceleração dos movimentos é determinada pela repressão pulsional na realização de tarefas repetitivas e sob pressão de tempo e se configura como uma estratégia de estatuto individual para o enfrentamento do sofrimento advindo do sentimento de insatisfação com o conteúdo da tarefa, do sentimento de tédio e de inutilidade, da irritação pela subutilização da sua subjetividade para realizar a tarefa.

A auto-aceleração dos movimentos como estratégia para mediar o sofrimento dos bancários no trabalho também teve outras funções: primeiro, para a redução do ciclo de duração da tarefa considerada pelos bancários como “*repetitiva*” e “*burocratizada*”, “*mecânica*” e “*monótona*”. A partir de então, a aceleração do ritmo de trabalho também viabilizava o aumento da produtividade, uma vez que todos tinham metas para cumprir. Para isso, os bancários eram incentivados e pressionados a manterem sempre o ritmo acelerado,

mediante programas de incentivo e premiações ou de ameaças. Nessa situação, a auto-aceleração também viabilizava a dinâmica do reconhecimento no trabalho, e adquiriu *status* de dramaturgia dos gestos endereçados à organização do trabalho, representada pelo papel da chefia imediata e também pelos colegas (Pezé, 2002).

A dinâmica do reconhecimento é fundamental para o equilíbrio psicossomático do trabalhador, pois além de assegurar o lugar de trabalho diante de um processo contínuo de transformações tecnológicas, também é um recurso para a construção da identidade (Dejours, 1999, 2000). Mas o reconhecimento também funcionou como uma armadilha. Em um clima de competição, de exigências para o cumprimento de metas de produtividade, o ritmo frenético dos movimentos impedia o uso do pensamento, da criatividade e da inventividade, tornando-se um empecilho para a execução da tarefa repetitiva porque poderia provocar a desatenção e levar ao erro. A aceleração do movimento também serviu como uma forma de luta contra a emergência do pensamento. Desse processo instalou-se um embrutecimento, um torpor psíquico, um semi-embotamento em que os bancários não percebiam mais seu sofrimento, nem os primeiros sinais de adoecimento.

Para Dejours (2004, 2007), esse estado é caracterizado pela paralisia do pensamento, como resultado da defesa - a auto-aceleração dos movimentos - que leva à alienação. Esse é o lado paradoxal da estratégia defensiva. O seu uso excessivo impediu que os bancários se dessem conta do que estava acontecendo com eles e ao redor deles; não percebiam os sinais de dor que vinham das articulações.

O adoecimento por LER/DORT rompeu com a estratégia de defesa. Sem ela, os bancários não tinham mais condições de obter reconhecimento para ressignificar o sofrimento no trabalho. Com o fracasso da estratégia defensiva, o medo, as pressões e as ameaças eram percebidos pelos bancários e, por isso, era-lhes impossível continuar com as mesmas performances produtivas anteriores ao adoecimento.

A partir da intensificação dos sintomas, as dores, segundo Miranda (1998), atravessaram todos os estágios, de espontânea para localizada, de sensação de desconforto até para mais intensa, persistente e forte. Os bancários, por medo das conseqüências decorrentes do adoecimento, adotaram a estratégia de “medicalização da dor” ou de negação da dor para conseguir continuar no trabalho. O uso constante de medicamentos, por iniciativa própria ou por indicação médica, fazia o papel de anestésico a dor, como está expresso no relato de uma bancária: “O remédio amenizava e você continua trabalhando, mas depois os intervalos vão ficando mais curtos para você dar volta na dor”. O uso constante de medicação contribuiu

para a cronização da dor.

Durante o período de afastamento para a reabilitação da capacidade laboral, os bancários sofriam com a ausência do ambiente de trabalho e com as dificuldades inerentes ao tratamento, como a disciplina de uma nova postura corporal, as inúmeras sessões de fisioterapia, a consulta com vários médicos para a confirmação de diagnósticos e as incertezas quanto à eficácia do tratamento. Nesse período, os bancários procuraram formas de mediação do sofrimento psíquico para torná-lo menos pesado e preencher o tempo e o espaço que eram ocupados pelo trabalho. Essas mediações foram denominadas de estratégias compensatórias. Para esse fim, um bancário relatou que procurou “*ajuda da família*”; outra ingressou em um “*grupo de caminhada*”, outro buscou “*apoio religioso*” e a última aproveitou o tempo disponível para “*cuidar do corpo*”.

Uma vez constatado o adoecimento e diante da incapacidade e das limitações funcionais em virtude das LER/DORT, os bancários recorreram à Agência de Perícia Médica – Setor de Benefícios da Divisão de Seguro Social do INSS. No período em que ficaram de licença-doença previdenciária para tratamento e recuperação da capacidade laboral, os bancários enfrentaram duas batalhas sem saldos muito positivos. A primeira, quando ao enfrentar as dificuldades de tratamento diante da cronicidade da dor, nenhuma modalidade parecia responder à expectativa de melhora, de alívio das dores. Por isso, às vezes, a desconfiança e a impaciência quanto à eficácia do tratamento que, quase sempre, fracassava na tarefa de tentar remover os sintomas, pois esses eram agravados pelas perdas materiais e psíquicas decorrentes do adoecimento.

A segunda batalha foi para conseguir o reconhecimento do nexo causal das LER/DORT com o trabalho. Essa luta foi travada com a aliança de opositores poderosos: o banco e a Perícia Médica do INSS. O primeiro descumpria a lei e se recusava veementemente a emitir a CAT, para não ter de arcar com o ônus previsto pela legislação trabalhista, que garante 12 meses de estabilidade para o trabalhador que se ausenta do trabalho por motivo de doenças do trabalho. Já a Perícia Médica do INSS, diante da multifatorialidade (Mendes e Cruz, 2004; Araújo, 1998; Dejours, 2000; Veloso, 2000; Ribeiro, 1999; Martins, 2002; Merlo e Barbarini, 2002) presente na etiologia das LER/DORT, ficou paralisada por duvidar que a dor da qual os bancários se queixavam tinha relação direta com a organização do trabalho bancário. E, por via das dúvidas, até que fosse esclarecido esse dilema, os bancários permaneceram longo tempo longe do trabalho, com licença-médica previdenciária.

Para os bancários, segundo indicação dos resultados das análises, os fatores que mais

dificultam ou até agravam a reabilitação da capacidade laboral são: o abandono e a exclusão do ambiente de trabalho, as perdas financeiras, a fragilização do aparelho musculoesquelético, a cronicidade da dor e as perdas simbólicas, como a de identidade, convivialidade e de reconhecimento. Para um bancário, “*nenhum tratamento traz melhora porque tudo é negativo*”; para outra, “*nada foi pior do que estar afastada do trabalho, nem a cirurgia e nem as dores*”; para ela, isso foi uma experiência próxima da “*morte*”. Assim, para todos os bancários, o afastamento por longo tempo do trabalho agrava e pode comprometer o tratamento.

Essa afirmação exemplifica o pressuposto apontado por Dejours (2000, 2007) de que a dificuldade de recuperação da capacidade laboral de trabalhadores portadores de LER/DORT está na cronicidade da dor, que está relacionada com a desestabilização das estratégias de defesas. Elas foram construídas para afrontar o medo das ameaças, das pressões por produtividade, das dificuldades de execução da tarefa repetitiva e do perigo que essas questões representava para o funcionamento psíquico e, ainda, para a obtenção de reconhecimento das performances produtivas.

Para os bancários, o adoecimento representou o fracasso das estratégias defensivas, porque significou que elas não cumpriram o seu papel de defesa contra o sofrimento e manutenção da saúde psíquica (Dejours, 1994). A partir de então, o investimento no trabalho ficou comprometido e os bancários se sentiram incapazes de endossar os comportamentos defensivos perante os colegas no ambiente de trabalho; eles não podiam mais evitar a percepção do medo dos riscos, das ameaças e das dificuldades presentes na organização do trabalho.

A desestabilização da estratégia de defesa levou os bancários a reconhecerem que tinham dor. A presença da dor, por causa de sua cronicidade, fez os bancários acreditarem que não estavam curados e, por conseguinte, que estavam incapacitados para voltarem para o trabalho e retomar a mesma rotina, a mesma cadência, porque não poderiam mais fazer uso da aceleração dos movimentos por causa da dor que vem das articulações, da dor psíquica por não estarem aptos para voltar ao trabalho. Assim, a desestabilização das estratégias de defesa contribuiu para o fracasso da reabilitação da capacidade laboral.

Em relação a uma outra questão de investigação desta pesquisa, para os bancários, os fatores que ajudam na reabilitação da saúde é o repouso seguido do tratamento fisioterapêutico e dos medicamentos. Estes ajudam a aliviar, de imediato, as dores e as inflamações nas regiões comprometidas pelas LER/DORT.

Para responder às questões referentes ao processo de reabilitação profissional, as análises do núcleo de sentido indicaram que ela tem implicação com o afastamento do ambiente de trabalho para tratamento e também com a desestabilização das estratégias defensivas. Essa constatação está presente nas análises sobre a percepção dos bancários e dos profissionais que estão envolvidos tanto no processo de reabilitação da saúde quanto na reinserção no trabalho.

Inicialmente, as análises referentes à percepção dos atores. Para os médico-peritos do INSS, o diagnóstico preciso das LER/DORT esbarra na multiplicidade de fatores presentes na sua etiologia. Por isso, nem sempre as lesões podem ser denominadas por LER/DORT. As conseqüências psíquicas do adoecimento, que comprometem a mediação do sofrimento, por conta da desestabilização das defesas, e dificultam a volta do bancário ao trabalho (Dejours, 1994, 2007) são vistas por esses profissionais como uma atitude de *não querer* voltar para o trabalho e para obter *ganhos secundários* com a patologia. Ainda, por se sentirem *rejeitados*, *não querem voltar*. Eles acreditam que as LER/DORT estão em processo de involução porque foram realizadas mudanças ergonômicas nos postos de trabalho e também porque foram adotados *parâmetros* para o estabelecimento donexo causal. Para esses profissionais, a reabilitação profissional seria bem-sucedida se também contasse com a participação das chefias e dos colegas nesse processo.

Segundo os profissionais de saúde, os bancários acometidos por LER/DORT são os “*pacientes mais difíceis de tratar*”. Quando procuram ajuda especializada, os sintomas estão avançados e em estado crônico, mas os bancários esperam por resultados imediatos porque têm de voltar para o trabalho. Em virtude da cronicidade dos sintomas, os resultados não são imediatos e então cria-se um círculo vicioso: quando os bancários conseguem alguma melhora com o tratamento, eles o abandonam e voltam ao trabalho. Após alguns dias, os sintomas se agravam e eles retornam para a fisioterapia. Para os profissionais, a interrupção do tratamento e a persistência da dor comprometem os resultados.

A relação entre os bancários e esses profissionais é caracterizada pela desconfiança. Do lado dos bancários, a persistência da dor faz acreditar que tratamento algum lhes trará melhora; do lado dos fisioterapeutas, a cronicidade e o estado avançado da patologia os deixam desanimados quanto ao sucesso da sua intervenção para a recuperação da saúde. Ainda, acreditam que a maior incidência de casos de LER/DORT entre as mulheres está relacionada às diferenças biológicas e fisiológicas.

A percepção dos gestores dos bancos participantes deste estudo sobre o processo de

reabilitação da capacidade laboral e reinserção no trabalho indica a constatação de que “quanto mais tempo o bancário ficar de licença, mais difícil será o retorno”, o que reafirma uma indagação de pesquisa. A perda das estratégias de defesas (Dejours, 1986, 2007) coloca em questão a capacidade para permanecer no trabalho, além de gerar a perda do posto de trabalho.

A forma como ocorreu a reinserção no trabalho, os bancários não encontraram condições psicossociais que garantissem sua permanência no banco e a manutenção da saúde, porque a volta foi marcada por *exclusão* e *preconceitos* (Araújo, 1998) em relação às limitações funcionais tanto da parte das chefias quanto dos colegas. Para esse fato concorrem as regras internas dos bancos que referendam a idéia de que no espaço de trabalho bancário não há lugar para um funcionário doente. Dependendo do tempo de licença-médica para tratamento, o bancário doente poderá ser substituído por um sadio. A reabilitação profissional também é comprometida quando o bancário é designado para uma tarefa que, além de não ser compatível com suas atuais limitações, contém valor simbólico inferior àquela ocupada antes do adoecimento (Araújo, 1998). Todos esses fatores contribuem para o fracasso das tentativas de reinserção no trabalho dos bancários portadores de LER/DORT.

De acordo com os resultados das análises da percepção dos integrantes da direção dos Sindicatos dos Bancários do Distrito Federal e de Goiás, a reabilitação profissional, “em 90% dos casos, é uma fraude”. Para esses profissionais, a Unidade Técnica de Reabilitação Profissional do INSS não conta com estrutura técnica e orçamentária para realizar o acompanhamento e a supervisão dos casos de reinserção dos bancários no trabalho. Eles criticam a forma como a UTRP solicita nova vaga para o bancário e como os bancos a recebem e tratam dessa questão. Ainda, questionam os critérios de implementação dos benefícios previdenciários pela Perícia Médica do INSS. Nessas condições, quando o bancário volta ao trabalho, a “sensação de inutilidade aumenta” e contribui para o fracasso da reabilitação profissional.

Por fim, de acordo com a percepção dos bancários, a volta ao trabalho após longo período de afastamento para recuperação da capacidade laboral “é difícil”. Para eles, os motivos são diversos: pela dificuldade de encontrar outra função que seja compatível com as limitações impostas pelas LER/DORT e pelas restrições das normas internas que regulamentam a reinserção de quem esteve afastado. Como está exemplificado no relato: “Quando aumenta os dias de afastamento do banco, por motivo de doença, o gerente da unidade pode colocar você à disposição do banco, com isso, você não trabalha mais ali, você

foi tirado dali”.

Essa situação é agravada porque, na maioria dos casos, mesmo após um período longo de licença para tratamento, os bancários continuam incluídos no auxílio previdenciário (código 31) por ainda não ter a CAT emitida pelo banco e também pela falta de conclusão do diagnóstico para o estabelecimento donexo causal, de acordo com os parâmetros da Perícia Médica do INSS. Por ocasião da realização da perícia, previamente marcada com o bancário, o médico-perito delibera que o bancário deve voltar para o trabalho, mesmo que os exames clínicos fornecidos pelo médico-assistente indiquem o contrário. Nesse caso, a volta ao trabalho ocorre sem nenhuma recomendação aos bancos quanto às limitações e o estado funcional e, muito menos emocional do bancário. Como a maioria dos bancos não tem programa de reabilitação profissional, o bancário é recebido com descaso e rejeição.

Assim, para responder outra questão desta pesquisa, o bancário volta para a mesma função na qual foram desencadeados os sintomas das LER/DORT e submetido à mesma sobrecarga de trabalho. Pode também ocorrer de ele voltar em outra função com *status* social inferior, o que coloca em questão o conteúdo simbólico da tarefa na construção da identidade (Araújo, 1998). Outra dificuldade apontada pelos bancários refere-se ao papel dos gerentes e dos colegas nesse processo. Em sua maioria, os gerentes não são receptivos, pois, diante das cobranças vindas de instâncias superiores para cumprimento de metas, eles não querem ter em seu quadro “*um meio funcionário*”, como foi dito por um gestor.

Os colegas de trabalho também não são receptivos ao retorno de um funcionário portador de LER/DORT porque, no clima de competição para cumprimento de metas, não há espaço para cooperação e solidariedade com as limitações do colega lesionado. Por não conseguir mais continuar com a mesma agilidade motora, ele se torna em um estorvo; primeiro, porque compromete o ritmo por produtividade, depois, porque a presença do colega portador de LER/DORT faz com que os outros pensem na condição absurda de trabalho a que estão submetidos e no risco de também adoecerem. Para manterem o pensamento distante e continuarem com o ritmo acelerado, os bancários adotam a estratégia que consiste em banalizar o sofrimento e as limitações do colega lesionado. Esse comportamento nega as dificuldades do lesionado e o medo de também adoecer.

Conforme foi evidenciado por Dejours (2001), trata-se de uma situação caracterizada pelo retraimento da consciência intersubjetiva, que leva um trabalhador a infligir o mal ao outro. Nessas condições, o bancário lesionado que volta não consegue permanecer no banco por muito tempo; ele “*trabalha um tempo relativamente curto e depois se afasta de novo*”, de

acordo com a percepção de um gestor. O retorno é marcado pela “*desinclusão*” (Araújo, 1998). Após algumas semanas, as dores se tornam intensas, os problemas funcionais aumentam pela diminuição da força muscular e pela sensação de fadiga, peso e cansaço. Esse quadro gera um novo afastamento.

Para Dejours (2007), o rompimento das estratégias de defesas provocado pelo adoecimento dificulta o retorno e a permanência no trabalho, como relata a bancária **Maria**: “*Eu perdi o relacionamento na agência, perdi o comportamento do gerente com relação aos funcionários e em relação às outras pessoas*”. Esse relato revela a perda das estratégias de defesas que lhe permitia a mediar os conflitos e o medo nas relações sociais de trabalho. Por isso, o retorno também passa pela necessidade de recuperação das estratégias defensivas, porque elas permitem estar bem no trabalho. Elas contribuem para a adaptação às pressões, para evitar a loucura e estabilizar as relações intersubjetivas (Dejours, 1994).

Sem as estratégias, a vida no trabalho se tornou difícil porque os bancários não podiam mais evitar a percepção do medo do risco decorrente da tarefa repetitiva. A luta contra a percepção do medo desencadeou sintomas somáticos: a dor persistiu (Dejours, 1986). A volta ao trabalho é desejada conscientemente, mas temida inconscientemente por causa do medo, pois o resto de força para recuperar as estratégias de defesas é utilizado na produção de sintomas.

Como foi evidenciado por Borsonello et al. (2002) em pesquisa empírica, os trabalhadores acidentados no trabalho passaram a perceber os riscos de suas tarefas e, excluídos das defesas, ao enfrentarem as dificuldades, o medo e a impotência produziam sintomas e eles não conseguiam mais voltar ao trabalho.

Para Dejours (1986, 1992), esses sintomas são de origem psíquica - o medo - e têm o corpo como alvo. Ou seja, trata-se de um mecanismo defensivo em que um problema psicológico é convertido em fisiológico (Borsonello et al, 2002).

Enfim, a partir dos resultados das análises, os bancários percebem que o processo de reabilitação profissional depende das políticas adotadas pela Perícia Médica do INSS para o estabelecimento do nexos causal. A demora desse processo retarda a participação no Programa de Reabilitação Profissional oferecido pela UTRP/INSS. Conforme está indicado nos relatos, o processo é burocrático e se arrasta por longos períodos de licença-médica para tratamento da saúde, com retornos malsucedidos para o trabalho, os quais sempre provocam novos afastamentos. Os procedimentos adotados colocam os bancários na condição de encostados, ocasião em que eles perdem a identidade de trabalhador para assumir a identidade de doente

(Araújo, 1998). Ainda, as situações de impasse médico-jurídicas agravam a angústia do trabalhador e aumentam, radicalmente, as fontes de descompensação psíquica e somática do lesionado.

Dentre os bancários participantes do presente estudo, apenas uma bancária passou pelo Programa de Reabilitação Profissional da UTRP/INSS. De acordo com o seu relato, ela só foi encaminhada para o Programa porque a Perícia Médica “*se sentiu incomodada*” porque ela iria completar quase dois anos de licença; para evitar aposentadoria, ela foi enviada para a UTRP. Outra bancária, disse que após período de recuperação da cirurgia nos dois punhos foi incluída no Programa de Reabilitação Ocupacional oferecido pelo banco onde trabalha. Os outros dois bancários, apesar de terem conseguido a emissão da CAT pelos bancos, e já com longo tempo afastados para tratamento, ainda não tinham sido encaminhados, até naquele momento, para o Programa de Reabilitação Profissional oferecido pela UTRP/INSS.

A análise dos documentos e a descrição geral do processo de reabilitação feita por uma orientadora profissional da UTRP indicam que o processo para inclusão dos bancários no Programa de Reabilitação está restrito à busca de comprovação da capacidade laboral residual, mediante avaliação do estado clínico e socioprofissional. As conseqüências psíquicas do adoecimento que comprometem o tratamento e a reinserção no trabalho não são consideradas.

Assim sendo, caso constatada a capacidade residual, a orientadora profissional entra em contato com o banco de vínculo do bancário em questão e faz a solicitação de vaga que seja compatível com as limitações laborais do bancário. Ao ser confirmada a disponibilidade de vaga é enviada correspondência ao banco informando sobre a observância das pausas compensatórias e do impedimento de posturas forçadas por um período de tempo longo. Em seguida, o bancário é enviado para a unidade do banco em questão para realizar treinamento na nova função, por um período de duas semanas, durante quatro horas por dia. Comprovado o bom desempenho do bancário na nova função, a UTRP é comunicada e se dá o encerramento do Programa. Durante algum tempo é feita a supervisão e o acompanhamento da reinserção do bancário via telefone; a visita *in loco* fica condicionada aos casos de incidentes mais graves.

Ora, desse modo, percebe-se que o fracasso do processo de reabilitação profissional oferecido pela UTRP/INSS está além da decisão de haver sido separado o serviço de reabilitação física do serviço de reabilitação profissional, como foi indicado por Ferreira (2001). O fracasso também se deve à fragmentação de concepções sobre o ser humano. Para a

Psicodinâmica do Trabalho, não há uma relação de trabalho que seja estritamente técnica, estritamente cognitiva ou estritamente física; as relações sempre aparecem sujeitas a um contexto intersubjetivo (Dejours, 1994). Os profissionais que lidam com trabalhadores portadores de LER/DORT ainda carecem de uma visão da dimensão intersubjetiva da organização do trabalho e sua relação com processos de adoecimentos.

As análises indicam que o Programa de Reabilitação da UTRP não contempla a psicodinâmica das relações intersubjetivas que estão implicadas na mediação do sofrimento, tanto pela busca de reconhecimento quanto pelo prazer, e que se tornaram responsáveis pelo adoecimento por LER/DORT. Conseqüentemente, também não contempla as conseqüências psíquicas da perda das formas de mediação do sofrimento que comprometem o tratamento e a reabilitação profissional pela persistência dos sintomas psicossomáticos. Com a persistência da dor fracassa a tentativa de voltar ao trabalho.

Vale ressaltar as sugestões que foram indicadas pelos gestores dos bancos e também pelos profissionais de saúde. Para eles, o trabalho de reabilitação da saúde dos portadores de LER/DORT deve ser realizado por uma *equipe interdisciplinar*, por entenderem que nenhuma especialização, isoladamente, é capaz de dar conta de tamanha complexidade. Enfatizam também a necessidade do envolvimento efetivo das áreas competentes dos bancos no processo de reinserção no trabalho de bancários portadores de LER/DORT e a adoção da política de obtenção de resultados sustentáveis pelos bancos, evitando assim a mutilação dos bancários.

Ao tomar como referência os trabalhos em grupos realizados por Araújo (1998), Sato et al. (1993) e Merlo et al. (2001) com trabalhadores portadores de LER/DORT, compreende-se que essa dinâmica é a modalidade de trabalho que deve ser adotada simultaneamente ao tratamento convencional, tanto para a recuperação da saúde quanto para facilitar a reabilitação profissional. O trabalho em grupo abre espaço para a palavra, condição para o pensamento e a reflexão da dinâmica entre trabalhador-trabalho e adoecimento. Conduzidas por uma equipe interdisciplinar (médicos, psicólogos, fisioterapeutas), as reuniões terapêuticas propiciam compartilhamento de aprendizado, possibilitam a construção de estratégias para a convivência com as limitações para estar bem na vida e no trabalho e viabilizam a reconstrução da identidade de trabalhador.

Acredita-se que o presente estudo, por ter adotado os princípios da Psicodinâmica do Trabalho, contribuirá para acrescentar conhecimento e compreensão a um tema que ainda necessita ser mais pesquisado. Ao contemplar o processo de adoecimento, de tratamento e de reinserção no trabalho, o estudo ajuda a compreender as dificuldades subjacentes à reinserção

dos bancários no trabalho após o adoecimento por LER/DORT.

A limitação deste estudo decorre do fato de ter sido pesquisada apenas uma categoria, a dos bancários, que ocupavam posição hierárquica inferior. Portanto, recomenda-se que sejam feitos outros estudos com categorias profissionais diferentes que estejam em nível superior na hierarquia, mas também utilizando como referencial a Psicodinâmica de Trabalho. Ainda, nessa mesma perspectiva, que sejam contemplados mais profundamente as relações de poder e submissão e de gênero presentes na organização do trabalho no processo de adoecimento e de reinserção no trabalho. A partir dessa perspectiva, será possível estender o conhecimento das implicações do processo de adoecimento e de reabilitação profissional aos trabalhadores em geral.

Referências Bibliográficas

- Alves, N.C. R. (2004). *Corpos entre Saúde e Trabalho: a construção sociopolítica da LER como doença*. Dissertação de Mestrado, UFMG, Belo Horizonte- MG.
- Almeida, M.C.T. de ; Diniz, S. N. R. (1998). Contribuições da Fisioterapia. In Oliveira, C. R. *Manual Prático de LER: lesões por esforço repetitivo*. Belo Horizonte: Editora Health.
- Antunes, R.(2003). *Adeus ao trabalho? ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. 9 ed. São Paulo: Cortez.
- Anuário Estatístico da Previdência Social (2006). <http://www.previdenciasocial.gov.br>. Acesso em 22/01/08.
- Araújo, J. N.G. de (1998). Abordagem Psicossocial da LER. Em Lima, M. E.A et al. *LER, dimensões ergonômicas, psicológicas e sociais*. Belo Horizonte: Livraria e Editora Saúde.
- Araújo, J.N.G. de (1998). Reinserção Profissional de portadores de LER: questões institucionais e identitárias. Em Lima, M.E. A. et al. *LER, dimensões ergonômicas, psicológicas e sociais*. Belo Horizonte: Livraria e Editora Saúde.
- Araújo, J.N.G. de (1998). Psicoterapia e LER. Em Lima, M.E.A. et al. *LER, dimensões ergonômicas, psicológicas e sociais*: Belo Horizonte: Livraria e Editora Saúde.
- Arendt, H. (2003). Trabalho: a durabilidade do mundo. Em *A condição Humana*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Aubert, Nicole (1993) *A neurose profissional* (Tradução Betiol. M. I.S.). Revista de Administração de Empresas (RAE). São Paulo, 33 (1): 84-105.
- Barros, P.C. R. & Mendes, A.M.(2003). Sofrimento psíquico no trabalho e as estratégias defensivas dos operários terceirizados da construção civil. *Rev. PSICO. USF*; 8.(1)63-70.
- Boétie, Etienne de La (1999). *Discurso da servidão voluntária*. São Paulo: Brasiliense
- Bonetti, L. A ; Oliveira, F. (1995) Abordagem psicossocial da LER: ideologia da culpabilidade e grupos de qualidade de vida. IN Codo, W. e Almeida, M.C.C.G. (org.) *L.E.R. Lesões por Esforços Repetitivos*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Borsonello, E. P; Santos. L. C; Schimidt, M. L. G; Andrade, T. G.C.S (2002). A influência do afastamento por acidente de trabalho sobre a ocorrência de transtornos psíquicos e somáticos. *Psicologia Ciência e Profissão –UNESP*. 22,(3):32-37.
- Budó, M.L.D; Gonzáles, R.M.B ; Beck, C.L.C. (2003). Saúde e trabalho: uma correlação de conceitos na perspectiva de uma população rural e de Christophe Dejours. *Rev. Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre (RS);24(1):43-52.

- Caíres, V.D.R; Cruz Filho, A. (1998). Contribuições dos medicamentos. Em Oliveira, C. R. et col. *Manual prático de LER: lesões por esforço repetitivo*. Belo Horizonte: Editora Health.
- Cassell, C; Symom, G. (1995). *Qualitative Methods in organizational research: a principal guide*. London: Sage.
- Cruz, R.M. (2001). *Psicodiagnóstico de Síndromes dolorosas crônicas relacionadas ao trabalho*. Tese de Doutorado, UFSC. Florianópolis-SC.
- Daniellou, F; Laville, A; Teiger, C. (1998). Ficção e realidade do trabalho operário. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. Nº 68 – vol. 17 – Outubro, novembro, dezembro.
- Dejours, C. (1986). Syndromes Psychopathologiques Consécutifs aux Accidents du Travail: incidences sur la reprise du travail. Paris-Fr, *Revue Le Travail humain*, tome 49, nº 2/1986.
- Dejours, C. (1986). Por um novo conceito de Saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 54(14) abril, maio, junho.
- Dejours, C. (1992). *A loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 5 ed; São Paulo: Cortez.
- Dejours, C.; Dessors, D. e Desrioux F.(1993). *Por um Trabalho fator de equilíbrio*. (Tradução de Betiol, M.I.S); *RAE*; São Paulo, 33 (3):98-104.
- Dejours, C. (1994). A carga psíquica do trabalho. Em Dejours, C. ; Abdoucheli, E. ; Jayet, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. Coordenação: Betiol, M.I.S . São Paulo: Atlas. (p.21-32)
- Dejours, C.(1994). Trabalho e saúde mental: da pesquisa à ação. Em Dejours, C. ; Abdoucheli, E. Jayet, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. Coordenação: Betiol, M.I.S. São Paulo: Atlas (p. 45-65).
- Dejours, C. ; Abdoucheli, E. (1994). Itinerário Teórico em Psicopatologia do Trabalho. Em Dejours, C. ; Abdoucheli, E. Jayet, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. Coordenação: Betiol, M.I.S. São Paulo: Atlas (p. 119 -145).
- Dejours, C.; Abdoucheli, E. (1994). Desejo ou Motivação? A interrogação psicanalítica sobre o trabalho. Em Dejours, C.; Abdoucheli, E. Jayet, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. Coordenação: Betiol, M.I.S . São Paulo: Atlas (p.33-43).
- Dejours, C. ; Jayet, C. (1994). Psicopatologia do trabalho e organização real do trabalho em uma indústria de processo: metodologia aplicada a um caso. Em Dejours, C. ; Abdoucheli, E. Jayet, C. *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. Coordenação: Betiol, M.I.S. São Paulo: Atlas (p.67-118).
- Dejours, C. (1996). Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. Em Chanlat,

- Jean-Francois: *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas*. 3 ed. São Paulo: Atlas.
- Dejours, C. (1998). Biologia, Psicanálise e Somatização. Em Volich, R. M. et al. (orgs.) *Psicossoma II: psicossomática psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo (p. 39-49).
- Dejours, C. (1999) *Conferências Brasileiras*. São Paulo: Edições Fundap: EAESP/FGV.
- Dejours, C. (2000). Nouvelles formes D'organisation du travail et Lésions par Efforts Répétitifs (LER): approche par la psychodynamique du travail. Em *Travail, usure mentale*, nouvelle édition augmentée. Paris: Bayard Éditions (p. 251-263).
- Dejours, C. (2001) *A banalização da Injustiça Social*. 4 ed. Rio de Janeiro: Editora FGV.
- Dejours, C. (2002). *O fator humano*. 3ed. Revista e Ampliada: Rio de Janeiro: Editora FGV.
- Dejours, C. (2003). L'évaluation du travail à l'épreuve du réel: critique des fondements de l'évaluation. Paris: INRA Editions.
- Dejours, C (2004). Addendum da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Em Lancaman. S. ; Sznelwar, I. (orgs.) Christophe Dejours da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Rio de Janeiro: Fiocruz, Brasília: Paralelo 15. (p. 47-104)
- Dejours, C. (2004). Activisme professionnel: masochisme, compulsivité ou aliénation? *Revue Travailler*, n° 11: p- 25-39.
- Dejours, C. (2007). Psicodinâmica do trabalho na pós-modernidade. Em Mendes et al. (orgs). *Diálogos em Psicodinâmica do Trabalho*. Brasília-DF: Paralelo 15. (p.13-26).
- Dejours, C. (2007). Orientação durante as reuniões no Laboratório de Psicologia do Trabalho e da Ação do Conservatório Nacional de Artes e Ofícios (CNAM) de Paris-Fr. (março a junho).
- Derriennic, F., Pezé, M. ; Davezies, P. (1997). Analyse de la souffrance dans les lesions par efforts répétitifs: épidémiologie, psychosomatique, médecine du travail. *Colloque International de Psychodynamique et Psychopathologie du Travail* . Les 30 et 31 janvier – Tome I – Laboratoire de Psychologie do Travail du CNAM. (p. 209-251)
- Dieese (2004). *Emprego e Desemprego Bancário: dados relevantes, subseção CNB-CUT*. São Paulo.
- Dieese (2001). *O rosto dos bancários*. Disponível em: <http://www.dieese.org.br/esp/estudos/perfis.xml>- acesso em 23/01/08.
- Fernandes, J. D.; Ferreira. S.L.; Albergana, A.K. & Conceição, F. M. (2002). Saúde mental e trabalho feminino: imagens e representações de enfermeiras.*Rev..Latino-am.Enfermagem* – USP. 10 (2):199-206.

- Ferreira, J. B (2007). Perdi um jeito de sorrir que eu tinha: estudo sobre trabalho, sofrimento e patologias sociais do trabalho. Em Mendes, A. M. ; Lima, S. C.; da C; Facas, E. P. (org) *Diálogos em Psicodinâmica do Trabalho*. Brasília: Paralelo 15.
- Ferreira, M.C. P. (2001). *Do trabalho que constrói ao que destrói identidades: o caso de bancários portadores de distúrbios osteomusculares relacionados ao Trabalho DORT no Estado de Goiás*. Dissertação de Mestrado. Universidade Católica de Goiás-GO.
- Ferreira, M.C.; Mendes, A. M. (2003). *Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos Auditores Fiscais da Previdência Social*. FENAFISP- Brasília-DF.
- Ferreira, M. C. ; Mendes, A. M.(2001). Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor: atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho. *Rev. Estudos de Psicologia*; 6 (1): 93-104.
- Fonseca, C. (1999). Quando cada caso Não é um caso: pesquisa etnográfica e educação. *Revista Brasileira de Educação*; São Paulo; Nº 10 : Jan/Fev/Mar/Abr.
- Freitas, L. G. (2007). O processo de saúde e adoecimento dos professores que atuam em ambiente virtual. Em Mendes, A. M. (org) *psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Gaskell, G. (2002). Entrevistas individuais e grupais. Em Bauer, M.W. ; Gaskell,G. *Pesquisa Qualitativa com texto, imagem e som*. Tradução de Guareschi, P.A. Petrópolis, RJ: Vozes
- Gil, Antonio C. (1999). *Métodos e Técnicas de pesquisa social*. 5 ed. São Paulo: Atlas.
- Glina, D.M.R.; Rocha, L. E; Batista, M. L. ; Mendonça, M. G. V. (2001). Saúde Mental e trabalho: uma reflexão sobre o nexa com o trabalho e o diagnóstico, com base na prática. *Rev. Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro; 17 (3), 607-616.
- Grisci, Carmem.L.I. (1999). Trabalho, Tempo e Subjetividade: impactos da Reestruturação Produtiva e o Papel da Psicologia nas Organizações. *Revista Psicologia Ciência e Profissão*, São Paulo; 19 (1), 2-13.
- Guillant, Louis Le (1984). *A neurose das telefonistas*. Tradução de Ferreira, M.C. 2002 – Laboratório de Ergonomia, Instituto de Psicologia da UnB).
- González Rey, F. (1999). *La investigación cualitativa em psicologia: rumos y desafios*. São Paulo: EDUC.
- Heloani, J. R. ; Capitão, C. G. (2003). Saúde Mental e Psicologia do trabalho. *Rev. São Paulo em Perspectiva*, 17 (2): 102-108.
- Hirata, H. (2000) Globalização, trabalho e gênero. Em Jerusalinsky, A. ; Merlo, A. C.; Giongo, A. L. (orgs). *O valor simbólico do trabalho e o sujeito contemporâneo*. Porto Alegre: Arte e Ofícios (p.-21-32)
- Jinkings, Nise (1996). *O Mister de Fazer Dinheiro: Automação e Subjetividade no Trabalho bancário*. São Paulo: Editora Boitempo.

- Kocyba, H. (2007). Reconnaissance, subjectivisation, singularité – *Revue Travailler*. Martin Media – CNAM-Fr, nº 18 p. 103-117.
- Lancmann, S. e Sznelwar, L. I. (orgs.) (2004) *Christophe Dejours: Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho*. Tradução de Franck Soudant/. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Brasília: Paralelo 15.
- Laranjeira, Sônia, M.G. (1997). Reestruturação Produtiva no Setor Bancário: a realidade dos anos 90. *Revista Educação & Sociedade*, ano XVIII, nº 61 (18), 110-128.
- Lima, M.E.A. ; Araújo, J. N.G ; Lima, F.P.A (1998). *L.E.R. lesões por esforços repetitivos: dimensões ergonômicas e psicossociais*. Belo Horizonte: Livraria e Editora Saúde.
- Lima, J.H.V; Ésther, A.B. (2001). *Transições, prazer e dor no trabalho de enfermagem*. *RAE*, v.41(3): 20-30, jul./set. São Paulo: FGV.
- Lunardi, W. D. ; Mazzilli, C. (1996). O processo de trabalho na área de enfermagem: uma abordagem psicanalítica. *Revista de Administração*. FGV. v.31, nº 3: 63-71, jul./set. São Paulo.
- Martins, S.R. (2002). *A histeria e os Dorts: expressão do sofrimento psíquico de uma época*. Dissertação de Mestrado. UFSC. Florianópolis-SC.
- Martins, J.N.; Assunção, A. A. (2002). A dor na doença músculo-esquelética associada ao trabalho. *Cadernos de Psicologia*, 12 (1), p.61-76.
- Mendes, A. M. (1996). Comportamento defensivo: uma estratégia para suportar o sofrimento no trabalho. *Revista de Psicologia*, Fortaleza. V.13 (1/2) V.14 (1/2).
- Mendes, A. M. (1999). *Valores e vivências de prazer e sofrimento no contexto organizacional*. Tese de doutorado. Universidade de Brasília.
- Mendes, A. M. (2002). Algumas contribuições do referencial psicanalítico para pesquisas sobre organizações. *Revista Estudos em Psicologia*. 7, número especial, 89-96.
- Mendes, A. M. (2004). Cultura organizacional e prazer-sofrimento no trabalho: uma abordagem psicodinâmica. Em Tamayo, A. et al. *Cultura e saúde nas organizações*. Porto Alegre: Artmed.
- Mendes, A. M. (2007). Pesquisa em psicodinâmica: a clínica do trabalho. Em Mendes, A. M (org). *Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mendes, A. M. ; Morrone, C. F.(2002). Vivências de prazer-sofrimento e saúde psíquica no trabalho: trajetória conceitual e empírica. Em Mendes, A. M.; Borges, L. O. ; Ferreira. M.C.(orgs).*Trabalho em Transição, saúde em risco..* Brasília-DF: Editora Universidade de Brasília.
- Mendes, A. M.; Paz, V. C.; Barros, P. C. R. (2003). Estratégias de enfrentamento do sofrimento psíquico no trabalho bancário. *Revista Estudos e Pesquisa em Psicologia*. Rio

de Janeiro. 3 n° 1 p-59-7 2.

- Mendes, A. M.; Cruz, R.M. (2004). Trabalho e saúde no contexto organizacional: vicissitudes teóricas. Em Tamayo, A. et. al. *Cultura e Saúde nas organizações*. Porto Alegre: Artmed.
- Mendes, A. M.; Araújo, R. L. K. (2007) Ressignificação do sofrimento no trabalho de controle de tráfego aéreo. Em Mendes, A. M.; Lima, S. C. da C.; Facas, E. P. (orgs).*Diálogos em Psicodinâmica do Trabalho*. Brasília-DF: Paralelo 15.
- Merlo, A.R.C. et.al. (2003). O trabalho entre prazer, sofrimento e adoecimento: a realidade dos portadores de lesões por esforços repetitivos. *Revista Psicologia & Sociedade*; 15 (1), p. 117-136; jan/jun.ABRAPSO.
- Merlo, A.C. e Barbarini, N.(2002). Reestruturação produtiva no setor bancário brasileiro e sofrimento dos caixas executivos: um estudo de caso.*Revista Psicologia & Sociedade*; v.14 (1); p. 103-122; jan/jun. ABRAPSO.
- Merlo, A.R.C.;Jacques, M.G. C; Hoefel, M.G.L.(2001). Trabalho de grupo com Portadores de Ler/Dort: Relato de Experiência. *Psicologia Reflexão e Crítica*,14 (1), p. 253-258.
- Ministério da Previdência Social – MPS (2005). Orientação Interna n° 196 INSS/DIRBEN – Proposta do INSS para alteração nos serviços e Reabilitação Profissional.
- Miranda, C.R.(1998). *Introdução à Saúde no Trabalho*. São Paulo: Ed. Atheneu.
- Molinier, P. (2006). *Les Enjeux Psychiques du Travail*. Paris: Éditions Payot e Rivages
- Monteiro, A. L. (1995). Os aspectos legais das tenossinovites. Em L.E.R *Diagnóstico tratamento e prevenção: uma abordagem interdisciplinar*.Codo, W. ; Almeida, M. C.C.G (orgs) – Petrópolis, R J: Vozes.
- Morrone, C.F.; Mendes, A. M. (2003). A resignificação do sofrimento no trabalho informal. *Revista Psicologia: Organização e trabalho*, UFSC-Florianópolis; v.3, n° 2. p. 91-118.
- Palácios, M. ; Duarte, F. ; Câmara, V. M. (2002). Trabalho e sofrimento psíquico de caixas de agências bancárias na cidade do Rio de Janeiro. *Cadernos de Saúde Pública*; 18 (3): 843-851.
- Pezé, M (2002). *Le deuxième corps*. Paris: La dispute/Snédit.
- Ramazzini, B. (1988). *As doenças dos trabalhadores*. Trad. Raimundo Estrela. São Paulo: Fundacentro.
- Ribeiro, H. P.(1999). *A Violência Oculta do Trabalho: as lesões por esforços repetitivos*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Rocha, Sandra R. A. (2003). *O pior é não ter mais profissão, bate uma tristeza profunda: sofrimento, distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho e depressão em bancários*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília,

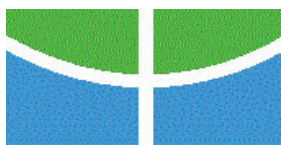
- Rifkin, J. (1995). *O fim dos empregos: o declínio inevitável dos níveis dos empregos e a redução da força global de trabalho*. Tradução Ruth G. Bahr. São Paulo: Makron Books.
- Rio, R. P. (1998). *LER/DORT – Ciência e Lei: novos horizontes da saúde e do trabalho*. Belo Horizonte: Livraria e Editora Health.
- Rossi, E.Z. (2002). *A Cultura e os Valores Organizacionais de uma Empresa Financeira Estatal e as (não) Decisões dos seus Gerentes*. Dissertação de Mestrado, Universidade Católica de Goiás.
- Rossi, E. Z ; Calgaro, J.C. C.; Melo, V. S. (2007). O trabalho dos carteiros no manuseio e na entrega de correspondências. Em Mendes, A. M. *Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rosso, Sadi dal (2004). Dilemas do tempo: o tempo de trabalho no Brasil e no mundo globalizado. Em Ladislau Dowbor et al. (org.) *Desafios do trabalho*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Sato, L. et al. (1993). Atividade em grupo com portadores de LER e achados sobre a Dimensão Psicossocial. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 79 (21), p. 49-62.
- Segnini, Liliana R. P. (1999). Reestruturação nos bancos no Brasil: Desemprego, subcontratação e intensificação do trabalho. *Revista Educação & Sociedade*, 20 (67), p. 185-211.
- Segnini, Liliana R. P. (1998). *Mulheres no Trabalho Bancário: difusão tecnológica, qualificação e relações de gênero*. São Paulo: Edusp/Fapesp.
- Seligmann-Silva, E. (1992). A inter-relação trabalho-saúde mental: um estudo de caso. *RAE*, 32 (4), p. 70-90. São Paulo: FGV.
- Settimi, M M. ; Silvestre, M.P. (1995). Lesões por esforços repetitivos (LER): um problema da sociedade brasileira. Em Codo, W. e Almeida, M. C.C.G (orgs). *L.E.R Diagnóstico tratamento e prevenção: uma abordagem interdisciplinar*. Petrópolis, R J: Vozes.
- Sousa, C. M. de (2007). O trabalho dos bancários em instituição financeira pública em Mendes, A. M. *Psicodinâmica do trabalho: teoria, método e pesquisa*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Uchida, S.(1998). Trabalho informatizado e sofrimento psíquico. *Revista Psicologia USP*, vol.9, nº 2: 170-204. São Paulo.
- Últimas (1999). Sindicato dos Bancários do Estado de Goiás. Informativo Oficial. Ano XXIX-nº 07, julho.
- Últimas (2000). Sindicato dos Bancários do Estado de Goiás. Informativo Oficial. Ano XXX - nº 01, fevereiro.
- Últimas (2003). Sindicato dos Bancários do Estado de Goiás. Informativo Oficial. Ano XXXIII – nº 1, março.

Veloso, H. M.(2000). *O que o coração sente mesmo quando os olhos não vêem: levantamento e análise dos agentes estressores do trabalho bancário*. Dissertação de Mestrado – Centro de Pesquisa e Pós-Graduação em Administração, Faculdade de Ciências Econômicas UFMG-Belo Horizonte-MG.

Veronesse, M.V. (2000). A noite escura e bela: um estudo sobre o trabalho noturno. *Psicologia e sociedade*; 12 (1/2), p. 174-193. ABRAPSO.

Vieira, A. P. (2005). *Prazer, sofrimento e saúde no trabalho de teleatendimento*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília.

ANEXOS



**Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia – PST
Departamento de Psicologia Social e do Trabalho**

TERMO DE COMPROMISSO

Eu, _____ declaro para os devidos fins estar ciente de ser participante como sujeito da pesquisa que servirá como base para a tese de doutorado intitulada: “Psicodinâmica do Processo de Reabilitação Profissional em Trabalhadores Bancário Portadores de LER/DORT”, de autoria de Elisabeth Zulmira Rossi, a ser desenvolvida na Universidade de Brasília-DF. Os dados relacionados a minha identificação serão mantidos em sigilo e serão resguardadas todas as questões éticas.

Goiânia, _____/_____/_____

Roteiro de entrevista com os bancários portadores de LER/DORT

1ª parte: história do desenvolvimento da patologia

1ª Descrever a sua rotina de trabalho antes do adoecimento, desde a hora que você chegava até a saída; qual era a sua tarefa e como fazia.

2ª Fale de seus sentimentos em relação às situações de trabalho.

3ª O que você fazia para lidar com todos os tipos de dificuldades que apareciam tanto na execução das atividades quanto no relacionamento diário com colegas, chefias, clientes e outros?

4ª Conte a história de seu adoecimento. Como e quando você começou a perceber, a sentir os primeiros sinais do problema. E agora, como é que você está?

5ª O que você fazia para dar conta de trabalhar mesmo estando doente?. Que tipo de ajuda você teve?

2ª parte: história do processo de reabilitação da capacidade laboral.

1ª Conte a história de sua reabilitação, do tratamento de sua saúde, como aconteceu e quais foram os aspectos que contribuíram ou que dificultaram a recuperação de sua saúde.

3ª Fale de seu sentimento em relação ao tratamento.

2ª O que você fazia para dar conta das dificuldades enfrentadas neste período de afastamento do trabalho para tratamento?

3ª parte: Vivências de reintegração no trabalho

1ª Fale como aconteceu a sua volta ao trabalho: como foi recebido (a) pelos colegas e chefes; voltou para a mesma função ou foi designado para uma outra função/cargo diferente?

2ª Fale de seu sentimento ao voltar para o trabalho.

3ª Conte o que você tem feito para conseguir realizar suas tarefas, enfrentar as dificuldades se tem tido algum tipo de ajuda.

4ª Após o retorno ao trabalho, como está sua saúde?

Seguem abaixo, os roteiros das entrevistas realizadas com os profissionais envolvidos no processo de reabilitação da capacidade laboral e reinserção no trabalho de bancários portadores de LER/DORT

1 – Entrevista com o médico-perito do INSS – Agência de Perícia Médica de Goiânia

1 - Gostaria que o senhor contasse como é que os bancários acometidos por LER/DORT chegam aqui na perícia. Quais são suas principais demandas ou queixas?

2 - No caso específico desses trabalhadores (bancários) portadores de LER/DORT, quais são os encaminhamentos, os procedimentos em relação aos processos de licença para tratamento da capacidade laboral e profissional.

3 - Gostaria que o senhor falasse sobre quais são as políticas, as orientações que a perícia segue para a constatação do nexo causal das LER/DORT com o trabalho.

4 - Gostaria que o senhor falasse qual é a visão da perícia médica em relação às questões das LER/DORT, como ela lida com a questão da Ler/Dort, quais são as possibilidades de reinserção no trabalho.

2 – Entrevista com a médica-perita da UTRP de Goiânia

1 - Gostaria que a senhora contasse como é que chegam os bancários portadores de LER/DORT na UTRP e como é que acontece o processo de reabilitação profissional.

2 - Como é atendida a demanda por reabilitação profissional e quais são as exigências para a participação no Programa de Reabilitação Profissional, no caso específico dos bancários acometido por LER/DORT?

3 - Gostaria que a senhora falasse sobre as chances de reabilitação física e profissional dos bancários portadores de LER/DORT.

3 – Entrevista com a orientadora profissional da URTP do INSS

1 - Gostaria que a senhora falasse como é o encaminhamento de bancários portadores de LER/DORT para a UTRP. Quais são os procedimentos adotados para que eles sejam incluídos no Programa de Reabilitação Profissional e em que consiste esse programa.

2 - Como a UTRP percebe as possibilidades e os resultados da reinserção no trabalho de bancários portadores de LER/DORT.

3 - Quais são os procedimentos adotados quando o bancário portador de

LER/DORT não consegue ser inscrito no Programa de Reabilitação Profissional.

4 – Entrevista com a Equipe de Fisioterapeutas

1 - Gostaria que vocês contassem como é que os bancários portadores de LER/DORT chegam aqui em busca de tratamento, quais são as suas queixas mais frequentes e quais são os benefícios da fisioterapia para melhoria da saúde desses trabalhadores.

2 - Como é que acontece o processo de reabilitação física, quais são os fatores que mais contribuem e os que mais dificultam. Há uma demanda de tempo para o tratamento surtir efeito?

5 - Gostaria que vocês falassem da percepção que vocês têm, como profissionais da área de saúde, sobre as LER/DORT e as formas de tratamento e possibilidades de recuperação.

5 – Entrevista com o coordenador nacional do PCMSO de um banco oficial.

1 - Gostaria que o senhor falasse como os bancários portadores de LER/DORT são vistos/tratados pelo banco. Quais são os procedimentos adotados em relação ao afastamento para tratamento. O banco possui um programa de reabilitação profissional? Como ele acontece?

2 - Há por parte da equipe que cuida da saúde dos funcionários preocupação em discutir, com a direção do banco, os fatores da organização de trabalho

geradores de adoecimento por LER/DORT? Quais são as ações que o banco tem tomado para prevenir os casos de adoecimento?

3 - Gostaria que o senhor contasse qual é a visão, como o banco percebe as possibilidades de reinserção no trabalho de um funcionário portador de LER/DORT e o que o banco tem feito para isso.

6 – Entrevista com a gerente regional da Área de Saúde de um Banco Oficial.

1) Gostaria que a senhora contasse quais são os procedimentos que a área de saúde do banco adota em relação aos funcionários portadores de LER/DORT. Como eles são atendidos em suas necessidades, que tipo de ajuda é oferecida para esses profissionais e quais são as políticas preventivas adotadas?

2) Durante o período de afastamento para reabilitação da capacidade laboral o banco, por intermédio da Gerência de Saúde, a sua gerência faz algum tipo de acompanhamento durante esse processo para verificar as possíveis melhoras ou não da saúde dos funcionários portadores de LER/DORT?

3) Gostaria que a senhora falasse se há algum tipo programa que trate da reinserção desses funcionários no trabalho, após o período de afastamento para tratamento para reabilitação física. Em casos de retorno ao trabalho de um funcionário portador de LER/DORT, quais são os procedimentos adotados e como ele é recebido?

7 – Entrevista com o profissional responsável pela Área de Saúde do Sindicato dos Bancários do Distrito Federal.

1 - Gostaria que o senhor falasse como os bancários portadores de LER/DORT chegam até ao Sindicato, quais são as suas principais demandas, quais são os encaminhamentos, como a área de saúde vê essa questão e o que ela oferece para ajudar esses trabalhadores.

2 - Gostaria que o senhor falasse qual é o pensamento da área em relação às possibilidades de reinserção no trabalho de bancários portadores de LER/DORT. O que o sindicato tem feito para viabilizar o processo de reinserção no trabalho de bancários lesionados?

3 - Quais são as intervenções realizadas pelo Sindicato no sentido de melhorias dos fatores presentes na organização do trabalho geradoras de adoecimento? Quais são as intervenções para a prevenção e melhoria da saúde dos bancários.

8 – Entrevista com o chefe do Departamento Jurídico do Sindicato dos Bancários de Goiás

1 - Gostaria que o senhor falasse como os bancários portadores de LER/DORT chegam até ao Sindicato. Quais são as suas principais demandas, quais são os encaminhamentos, como a área jurídica lida com essa questão e o que ela oferece para ajudar esses trabalhadores?

2ª Gostaria que o senhor falasse qual é o pensamento da área em relação às possibilidades de reinserção no trabalho de bancários portadores de LER/DORT.

Qual é o papel do sindicato e o que ele tem feito para viabilizar o processo de reinserção no trabalho de bancários lesionados. O sindicato faz algum tipo de acompanha do processo de reinserção no trabalho desses trabalhadores?

3 - Quais são as intervenções realizadas pelo Sindicato no sentido de melhorias dos fatores presentes na organização do trabalho geradores de adoecimento,? Quais são as intervenções para a prevenção e melhoria da saúde dos bancários? O sindicato tem programa, em parceria com os bancos, voltado para a prevenção da LER/DORT?

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)