

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
DEPARTAMENTO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE
PRODUÇÃO

ESPAÇO PÚBLICO : A REVELAÇÃO DOS CONSTRANGIMENTOS E
DO SOFRIMENTO NO TRABALHO A PARTIR DA FORMAÇÃO DE
GRUPOS DE EXPRESSÃO

TERESINHA DE FÁTIMA MATTOS NUNES

FLORIANÓPOLIS - SC
1999

TERESINHA DE FÁTIMA MATTOS NUNES

**ESPAÇO PÚBLICO: A REVELAÇÃO DOS CONSTRANGIMENTOS E DO
SOFRIMENTO NO TRABALHO A PARTIR DA FORMAÇÃO DE GRUPOS DE
EXPRESSÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação em Engenharia de Produção da
Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção
do título de Mestre em Engenharia de Produção

ORIENTADOR:
Prof. Dr. LAERTE IDAL SZNELWAR
Doutor em Ergonomia

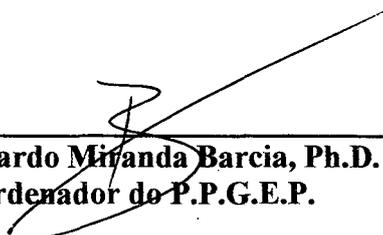
FLORIANÓPOLIS

1999

Teresinha de Fátima Mattos Nunes

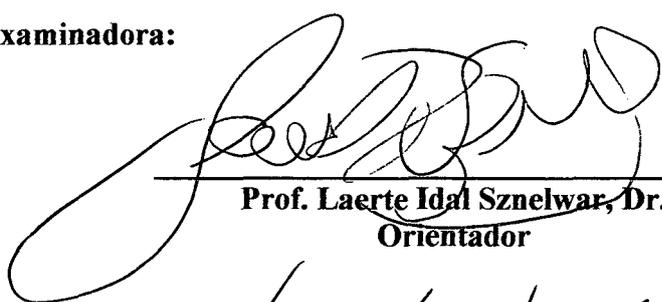
Espaço Público: a revelação dos constrangimentos e do sofrimento no trabalho a partir da formação de grupos de expressão

Esta Dissertação foi julgada adequada para obtenção do Título de Mestre em Engenharia de Produção, especialidade em Ergonomia, aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção.

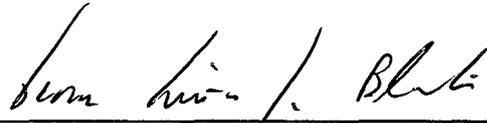


Prof. Ricardo Miranda Barcia, Ph.D.
Coordenador do P.P.G.E.P.

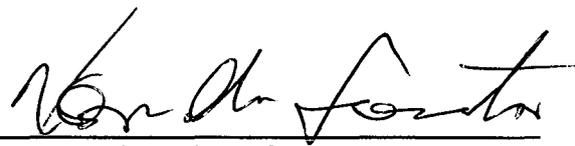
Banca Examinadora:



Prof. Laerte Idal Sznelwar, Dr.
Orientador



Profª Vera Lúcia Guimarães Blanck, Drª



Prof. Neri dos Santos, Dr.

AGRADECIMENTOS

Ao Professor Laerte Idal Sznelwar, pela orientação segura, apoio e carinho nesta caminhada.

À Professora Leila Gontijo, pela sustentação logística e inserção nas primeiras discussões em Ergonomia.

Aos Professores Marco Aurélio Da Ross e Lúcio Botelho, pelos primeiros passos na Saúde Coletiva; à amiga Leticia Nobre pelas reflexões em Saúde do Trabalhador.

À Secretaria de Saúde de Joinville, em especial à Divisão de Vigilância à Saúde, que possibilitou a realização desta pesquisa.

À Agência do Instituto Nacional de Seguridade Social de Joinville, que possibilitou o acesso às informações solicitadas.

À empresa, que cedeu seu espaço e permitiu o acesso aos trabalhadores para que falassem de seu trabalho.

Ao Centro de Direitos Humanos de Joinville, pelo insistente esforço na manutenção do espaço coletivo construído pelos trabalhadores adoecidos.

Em especial, aos colegas e amigos do Serviço de Saúde do Trabalhador, pela compreensão das “ausências”, e pelo compartilhar das angústias no dia-a-dia dos trabalhadores.

À Édina, pelo carinho, companheirismo e apoio nas transcrições das fitas e na digitação.

À Fernanda, do Departamento de Engenharia de Produção da Escola Politécnica da USP, pela atenção e colaboração.

Aos trabalhadores que cederam suas vivências para realização deste trabalho, minha homenagem pela coragem das revelações.

SUMÁRIO

Resumo	1
Apresentação.....	2

CAPÍTULO 1 - Referencial teórico

1.1 Trabalho e adoecimento.....	5
• 1.1.1 Os diferencias de saúde e trabalho.....	11
• 1.1.2 Sofrimento mental e trabalho.....	16
1.2 Vigilância em saúde do trabalhador.....	21
1.2.1 As bases da vigilância no setor saúde.....	21
1.2.2 Vigilância em saúde do trabalhador: espaço de intervenção.....	25
1.2.2.1As ações do Estado sobre os ambientes de trabalho.....	25
1.2.2.2 As ações do patronato e dos trabalhadores.....	30
1.3 Trabalho e atividade.....	33
1.4 Abordagens da análise do trabalho.....	35
1.4.1 Análise do trabalho e a vigilância em saúde do trabalhador.....	35
• 1.4.2 O método da Análise Ergonômica da Atividade.....	38
1.4.3 Os métodos de expressão dos trabalhadores	42

CAPÍTULO 2 - Procedimentos

2.1 A problemática.....	48
2.2 Discussão do método.....	49
2.3 A preparação do estudo	55
2.4 Os objetivos.....	59
2.5 Hipóteses.....	60
2.6 Metodologia utilizada.....	60

CAPÍTULO 3 - Resultados

3.1	Considerações iniciais.....	65
3.2	A formação dos grupos de expressão.....	66
3.2.1	Os grupos de trabalhadores adoecidos.....	66
3.2.2	Os grupos de trabalhadores não adoecidos.....	69
3.3	Com a palavra os trabalhadores adoecidos.....	70
3.3.1	O trabalho pesado.....	72
3.3.2	Pressão temporal.....	75
3.3.3	As relações no trabalho: competição.....	77
3.3.4	O reconhecimento do problema.....	79
3.3.5	O diagnóstico.....	83
3.3.6	A relação com o serviço médico.....	84
3.3.7	A trajetória do sofrimento.....	87
3.3.8	Incapacidade para o trabalho.....	89
3.3.9	Incapacidade para a vida.....	92
3.4	Desdobramentos	94
3.5	O ensaio com os trabalhadores não adoecidos.....	95
3.5.1	Considerações iniciais.....	95
3.5.2	Com a palavra os trabalhadores não adoecidos.....	95
3.5.2.1	As condições de trabalho: breve relato.....	97
3.5.2.2	Diversidade <i>versus</i> não-diversidade.....	99
3.5.2.3	Relações no trabalho.....	100
*3.5.2.4	Sofrimento ou prazer.....	101
3.5.2.5	Descrição da tarefa.....	103

CAPÍTULO 4 - Discussão

4.1	Os grupos de trabalhadores adoecidos.....	110
4.2	Os grupos de trabalhadores não adoecidos.....	116
4.3	A questão do método.....	118

CAPÍTULO 5 - Conclusões.....	121
Referências Bibliográficas.....	127
Anexos	

RESUMO

O presente estudo é motivado nas discussões de que o trabalho é fonte de sofrimento e de adoecimento, bem como na constatação sobre a carência de métodos qualitativos que subsidiem os serviços de saúde pública de vigilância à saúde do trabalhador. Através da formação de grupos de expressão, procura investigar os constrangimentos presentes nas condições e na organização do trabalho, para subsidiar as reflexões sobre a relação destes com o sofrimento e os agravos à saúde dos trabalhadores pesquisados.

Constituíram-se cinco grupos de expressão, formados voluntariamente, sendo três de adoecidos por Lesões por Esforços Repetitivos-LER, do setor de serviços e indústria, e dois grupos de trabalhadores não adoecidos, em atividade no setor de pintura de uma indústria de carrocerias de ônibus.

As vivências individuais dos trabalhadores, discutidas coletivamente, resultaram na formação de um espaço público, onde foram revelados fortes constrangimentos causados pela organização do conteúdo das tarefas, pelas relações sociais no trabalho e fora deste, revelando-se fontes de sofrimento entre os mesmos.

A partir da análise das falas é discutida a aplicação do método para subsidiar ações de saúde pública em vigilância à saúde do trabalhador.

APRESENTAÇÃO

O trabalho aqui apresentado têm como tema central a criação de um espaço público que permita a expressão dos trabalhadores sobre suas vivências no trabalho para, com isso, subsidiar ações de vigilância à saúde do trabalhador.

A tese a ser defendida é, portanto, síntese da reflexão de que para entender a complexidade das relações saúde e trabalho, e avançar numa compreensão que ultrapasse o senso comum e que permita gerar efeitos práticos no campo da saúde do trabalhador, é necessário o esforço metodológico da construção conceitual, partindo de diversos aportes teórico-metodológicos. Nosso recorte passará por alguns deles no intuito de subsidiar o estudo.

Nossos pressupostos baseiam-se, primeiramente, na concepção traçada por Dejours (1986, p. 11) de que saúde não é um estado de estabilidade constante, mas algo que muda o tempo todo, de acordo com a variabilidade da realidade material ambiental, afetiva e social; baseiam-se, também, no entendimento de que saúde e doença são produto do processo de desenvolvimento das forças produtivas num dado momento histórico (Laurell e Marquez, 1983, p.17). Nesta concepção, a saúde do trabalhador é resultado, portanto, das condições de variabilidade de vida e trabalho, que se articulam e se expressam sob a forma de constrangimentos específicos, gerando cargas que interagem entre si e que proporcionam condições patogênicas que são materializadas através das expressões de sofrimento e doenças entre os vários segmentos de trabalhadores.

Com base nesses pressupostos, desenvolvemos nosso trabalho. Comparamos os diferenciais nas expressões de grupos de trabalhadores adoecidos por Lesões por Esforços Repetitivos-LER e não adoecidos, buscando dentro da demanda dos serviços de saúde identificar os sentimentos que advêm da atividade de trabalho, bem como suas conseqüências. Para tanto, procuramos analisar a relação que os trabalhadores

estabelecem com seu trabalho, quais mecanismos objetivos e subjetivos (individuais e coletivos) estão em jogo em decorrência do exercício da atividade de trabalho.

Pareceu-nos importante, também, a comparação da localização do espaço de expressão dentro da empresa com aquela do serviço de saúde pública, para explorarmos a relação entre os diferentes mecanismos de privatização e desprivatização dos sentimentos, em relação ao local onde serão revelados.

Neste sentido, o projeto sofreu alterações ao longo do seu desenvolvimento. Prevíamos, inicialmente, a realização conjunta de uma análise ergonômica dos postos de trabalho para comparação com as informações reveladas pelos trabalhadores. Porém, este objetivo não pôde ser alcançado uma vez que a empresa na qual se encontrava a maioria dos trabalhadores dos grupos adoecidos negou-se a fornecer as informações.

Em face a essa realidade, revimos nosso projeto dentro das perspectivas que nos eram dadas pelas novas circunstâncias. Limitamos nossa abordagem às falas dos trabalhadores, mantendo os objetivos da análise da relação dos constrangimentos no trabalho com o sofrimento e a discussão destes na gênese do adoecimento.

Buscamos, com isso, contribuir para o estabelecimento de ações preventivas na área de saúde do trabalhador que privilegiem não só aspectos interdisciplinares (tais como os ergonômicos, epidemiológicos, educacionais, sociais) na esfera coletiva e individual, mas também as contribuições que derivam das teorias desenvolvidas da Psicodinâmica do Trabalho, da Análise Coletiva da Atividade e dos trabalhos pedagógicos de Teiger e Laville (1989), privilegiando o trabalhador enquanto fonte de informações para estas ações.

No primeiro capítulo deste trabalho, apresentamos o referencial teórico onde se delimita a relação do processo trabalho-sofrimento-doença; as bases das ações da vigilância à saúde do trabalhador e a interface com algumas abordagens de análise do trabalho, e destas com as teorias de expressão dos trabalhadores, discutidas por alguns autores.

No segundo capítulo apresentamos os procedimentos em que é colocada a problemática da vigilância à saúde do trabalhador; a discussão do embasamento teórico do método; a apresentação e preparação do estudo, os objetivos e hipóteses e, finalmente, a metodologia utilizada.

No terceiro capítulo são apresentados os resultados do estudo de caso, com grupos de expressão compostos de trabalhadores adoecidos por Lesões por Esforços Repetitivos, e não adoecidos. São revelados vários constrangimentos presentes na organização do trabalho, as expressões de sofrimento e de adoecimento, bem como os desdobramentos decorrentes do processo de discussão entre os grupos.

No quarto capítulo são discutidos os resultados, procurando-se estabelecer, primeiro, as relações entre os constrangimentos declarados pelos trabalhadores com as expressões de sofrimento, prazer e silêncio em que as estratégias de defesa coletivas de percepção dos riscos no trabalho são analisadas. Em seguida, busca-se estabelecer a relação da viabilidade de aplicação do método para subsidiar ações de vigilância à saúde do trabalhador.

No quinto capítulo são apresentadas as conclusões e ponderações a respeito do método utilizado e feitas algumas sugestões de aprofundamento do estudo.

CAPÍTULO 1

Referencial teórico

1.1 Trabalho e adoecimento

Segundo Garcia (1989, p.112), é somente no momento do capitalismo que encontraremos a medicina relacionando oficialmente os conceitos saúde e trabalho. Em Ramazzini (1700), encontramos as primeiras entidades nosológicas que irão referir-se especificamente ao trabalho. Seu livro, publicado em primeira edição na Itália, com a denominação *De Morbis Artificum Diatriba*, surpreende pela atualidade da descrição e pela interpretação dos problemas ocupacionais e ambientais. Mendes, R. (1995, p. 6-7), afirma que em alguns trechos do livro, Ramazzini precede as técnicas atualmente utilizadas em estudos epidemiológicos descritivos e de coorte, quando compara índices de mortalidade de residentes em áreas expostas com residentes em áreas não expostas.

A passagem da manufatura para a grande indústria provoca profundas transformações na sociedade da época. As condições de trabalho sofrem alterações que se refletem entre os trabalhadores. Na grande indústria, o incremento das forças produtivas realiza-se com a transformação dos instrumentos de trabalho, constituindo a máquina-ferramenta o coração do corpo produtivo e o corpo biológico dos operários, um simples órgão acessório, produzindo patologias resultante do esforço físico (Garcia, 1989, p. 107).

As primeiras fábricas são sujas, barulhentas, perigosas e escuras, com jornadas de trabalho extenuantes, sem férias, em regime de semi-escravidão, condições impostas por empresários preocupados em extrair o máximo de lucro (Iida, 1993). Como consequência, crescem os acidentes graves, mutilantes e fatais, intoxicações agudas e outros agravos à saúde. Surge a *doença industrial*, principalmente em crianças e mulheres, alvos preferidos dos empresários da época pela possibilidade de salários mais baixos e obtenção de maiores lucros (Mendes, R., 1995).

Essas transformações, no início da industrialização, fazem-se sentir no espaço urbano, quando o ambiente das cidades e das fábricas, sem estrutura suficiente para comportar as populações migrantes de trabalhadores, deteriora-se, e as condições de moradia e trabalho tornam-se responsáveis pelo aumento da mortalidade e morbidade. Denominando “*miséria operária*”, Dejours afirma que “*viver, para o operário nesse tempo, é não morrer*” (Dejours, 1988a, p. 14).

Com o avanço da tecnologia, busca-se alcançar maior produção em menor tempo e, paralelamente, estruturam-se novas formas de organização da produção. Após a Primeira Guerra, quando o esvaziamento da mão-de-obra devido às mortes provocadas pela mesma gera a necessidade de se pensar formas de aumento da produtividade com a utilização de um menor número de operários, surge, como resposta, a Organização Científica do Trabalho (taylorismo), que apresenta como característica fundamental a divisão do trabalho em manual e intelectual. Não pensar e executar passa a ser o lema da produção industrial, disciplinando o corpo às exigências de tempo e ritmo determinados pela gerência de produção (André, 1994, p. 10).

Resultando da relação intrínseca entre o desenvolvimento tecnológico dos equipamentos e maquinário e o desenvolvimento das formas de organização do trabalho, o fordismo constitui-se na seqüência lógica do taylorismo, com intensificação do trabalho e exploração do trabalhador através da introdução da linha de montagem (Borges; Jardim, 1997).

Em 1913, Ford aplica pela primeira vez os princípios da linha de montagem, baseado no sistema de carretilhas aéreas usado nos matadouros para esquartejar reses: a introdução da esteira rolante com funcionamento ininterrupto, a combinação de operações extremamente parceladas, com os trabalhadores dispostos em postos fixos na ordem natural das operações, de maneira que a peça percorresse o menor caminho possível e o operador não se movimentasse inutilmente (Borges; Jardim, 1997).

A linha de montagem, a partir da Organização Científica do Trabalho, passa a disseminar-se como resposta às novas demandas de intensificação da produção. Torna-

se, assim, símbolo de alienação, pois condiciona completamente as atividades do trabalhador às exigências de uma maquinaria cuja marcha é regulada pela gerência (Laurell e Marquez, 1983). Os autores discutem alienação no sentido em que Marx a compreendia.

Marx (1985) discute a alienação do trabalho, no modo capitalista de produção, como a sujeição do trabalhador ao trabalho. Um processo em que o trabalho humano abstrato vai excluindo o trabalhador individual e inserindo o coletivo. Ao mesmo tempo que este não dispõe do processo e do produto que produz, não reconhece seu próprio corpo no momento da produção, tornando-se também estranho ao trabalho do outro. Para o autor, esta forma concreta de dominação da produção sobre os indivíduos apresenta-se de maneira natural, onde as relações entre as pessoas aparecem invertidas.

Desse modo, para Dejours (1988a, p. 19), nessa etapa, não é o aparelho psíquico que aparece como primeira vítima, mas o corpo dócil e disciplinado. A sujeição aos ritmos e às cadências controladas pelo supervisor de produção passa a afetar a atenção do trabalhador e o corpo aparece como primeira vítima do sistema: acidentes graves que provocam invalidez permanente são frequentes.

Particularmente, após a Segunda Guerra Mundial, com o desenvolvimento tecnológico crescente, há a introdução de novas matérias-primas e processos produtivos, que trazem novas repercussões à vida e à saúde dos trabalhadores que constituíam a força de trabalho. Por outro lado, a introdução de novas tecnologias médicas começam a identificar doenças profissionais (André, 1994).

Ao mesmo tempo que esse período caracteriza-se pela revelação do corpo como elemento de impacto de exploração, tanto por parte dos trabalhadores quanto dos especialistas, o foco de intervenção desloca-se para as condições de trabalho. A periculosidade está nas máquinas, nos gases e vapores, nas poeiras tóxicas, nos parasitas, nos vírus e nas bactérias. Tais fatores são progressivamente definidos como causadores do sofrimento físico (Dejours, 1988a, p.21-22). Neste período, o trabalho

muscular, bem como as conseqüências das cargas de trabalho físico, ainda centralizam a atenção dos pesquisadores (André, 1994).

Segundo Garcia, (1989), a grande indústria, embora elimine as doenças típicas para cada profissão ao equiparar os trabalhos, cria formas de esgotamento de energia ou fadiga patológica desconhecidas até então. O autor afirma que a separação da atividade física da mental cria um tipo de patologia que se expressa nos trabalhadores através de uma série de manifestações que podem classificar-se como doenças psicossomáticas: doenças coronarianas, desordens mentais, úlcera e outras.

Para Dejours (1988a, p.22-23), o desenvolvimento desigual das forças produtivas, das técnicas, das máquinas, do processo de trabalho, da organização e das condições de trabalho após 1968 culmina numa situação muito heterogênea. No centro desse “*mosaico de fenômenos*” podemos reconhecer um novo material e tendências que ampliam a problemática tradicional das questões de saúde-trabalho: a saúde mental.

Garcia (1989) discute o trabalho nas fases mais avançadas do sistema capitalista em que este aparece claramente aos olhos do operário como alienado e a atividade produtiva como inútil. Para o autor, mesmo nos casos em que os gastos de energia mantêm-se dentro dos limites normais, o operário experimenta uma sensação de aborrecimento e inutilidade. Para Dejours (1988a), esta alienação está diretamente relacionada com a organização científica do trabalho e suas formas de operação, atingindo diretamente o funcionamento mental dos trabalhadores.

Por outro lado, Borges (1997) analisa que a recessão da década de 70 revela um certo esgotamento do taylorismo/fordismo como modelo de organização da produção e do processo de trabalho, tendo em vista o avanço da satisfação das reivindicações relacionadas à implementação de políticas de bem-estar social nos países de economia avançada e a força de seu sindicalismo.

Segundo Antunes (apud Borges, 1997, p.17), nas novas estratégias de valorização que se ensaiam, principalmente a partir da década de 80, o

fordismo/taylorismo se mesclam com outros processos produtivos em algumas experiências nos países centrais. Entretanto, o toyotismo, ou a “*acumulação flexível*”, parece estar se constituindo como o paradigma mais consistente, extensamente difundido pela revolução técnica que proporcionou à indústria japonesa flexibilidade do ponto de vista da variabilidade e agilidade da produção e, conseqüentemente, da lucratividade.

Salerno (1987, p.7), analisando a implantação destas novas formas de organização e gerenciamento da produção no país, destaca a rígida divisão do trabalho, a prescrição individual da tarefa, a ausência de autonomia dos operários na definição dos métodos de trabalho e na alocação das atividades no decorrer da jornada de trabalho, nas empresas que estavam implantando sistemas de manufatura celular e/ou *just-in-time*. A produtividade torna-se, ainda mais, a tônica, promovendo a intensificação do trabalho, um mesmo número de trabalhadores produz no mesmo tempo uma quantidade maior de produtos.

“Neste caso, o aumento da produção só pode resultar do incremento do ritmo de trabalho, ou o que vem a ser o mesmo, da redução das porosidades e dos tempos mortos no curso da produção.”

Silva et alii (1987) afirma que para diversos autores as modificações que vêm ocorrendo na organização do trabalho, bem como a implantação das novas tecnologias e novas formas de gerenciamento da produção, não têm evitado o processo de sufocamento da subjetividade do trabalhador; pelo contrário, o aumento da sofisticação e a aceleração das inovações do processo de trabalho têm aumentado ainda mais a alienação mental. Frankehaueser (apud Silva et alii, 1987), ao examinar a eliminação da subjetividade do trabalho pela tecnologia, detecta a ocorrência de um embotamento emocional naqueles que trabalham com processos automatizados.

A autora reforça o pressuposto de que a organização do trabalho vem sofrendo transformações relativas à introdução de novos equipamentos tecnológicos, que determinam o aumento da atividade mental durante as jornadas de trabalho, e por conseqüência, o risco à fadiga patológica decorrente do cansaço acumulado. Um outro aspecto, concernente ao impacto das novas tecnologias sobre a saúde dos

trabalhadores, refere-se à ocorrência de um isolamento do indivíduo, tendo como consequência um alto nível de tensão, com sentimento de angústia, aprisionamento e solidão. Isso seria determinado pela monotonia, repetitividade, falta de exercício de comunicação e de criatividade durante o trabalho. Esta situação, para a autora, determina um tipo de sofrimento que se torna patológico e prejudicial à saúde.

Do ponto de vista da morbidade no trabalho atualmente, Mendes (1999) pondera que a terceira onda vivenciada após os anos 80, principalmente nas indústrias de informática, telecomunicações, eletrônica e automação, caracteriza-se pela superação de alguns riscos do trabalho, mas, de outro lado, faz surgir novos agravos e doenças, como permanecem e se agravam algumas doenças anteriormente existentes. O autor (p.10) chama a isto de “*patologia ligada ao esforço de globalização*”, que se reflete na energia distendida pelos países para garantir sua competitividade no mercado mundial.

Sobre as patologias do trabalho, Mendes (1999, p.10) afirma que o país convive atualmente com um “*mosaico*”: ao mesmo tempo que doenças ligadas às condições ambientais do trabalho, já superadas pelos países centrais, continuam atingindo os trabalhadores, novas doenças relacionadas ao trabalho têm surgido, ocasionadas pelo desemprego, automação, cargas mentais em substituição às cargas físicas. Não são doenças somente relacionadas à organização das atividades industriais, mas também aos setores de serviços, que se ampliam nesses novos tempos.

Segundo Dejours (1988a), é na organização do trabalho que encontramos os determinantes das cargas mentais que são a causa de nocividade para a saúde mental dos trabalhadores atualmente. Para o autor, a organização do trabalho provoca sofrimento patológico, por atingir diretamente o desejo do trabalhador, provocando perturbações à saúde, podendo levar ao adoecimento tanto mental quanto físico.

Por outro lado, afirma, também, que o trabalho necessariamente não tem que ser fonte de adoecimento. Pelo contrário, quando este é livremente escolhido, quando a organização é flexível o bastante para que o trabalhador possa adaptá-lo a seus desejos, às suas necessidades fisiológicas e às variações de humor, torna-se fonte de saúde

(Dejours, 1986, p.11). Esta assertiva é confirmada por Hodebourg (1993, p. 15), quando discute que “*o trabalho pode construir a saúde, como pode destruí-la*”, dependendo da realidade e da forma como é executado.

A análise da condição histórica da saúde dos trabalhadores aponta para uma sujeição crescente dos trabalhadores à organização do trabalho e uma deterioração cada vez maior da saúde mental. Para investigar a problemática da saúde mental/trabalho, Silva.(1986) aponta duas dificuldades metodológicas. O conhecimento teórico sobre a vivência do trabalhador, frente ao desempenho de sua atividade, ainda não está suficientemente delineado, e a compreensão dessa vivência somente pode se dar pela expressão do próprio trabalhador em seu discurso, e sua transformação somente se efetivará com a participação do trabalhador.

1.1.1 Os diferenciais de saúde e trabalho

Laurell e Marquez (1983) afirmam que à medida que as novas tecnologias vão sendo incorporadas, novas exigências para o trabalhador são criadas, e como consequência ocorre o desgaste sobre o corpo. Analisando as etapas – do artesanato ao automatismo –, as autoras afirmam que à medida que o trabalhador vai perdendo o controle sobre o seu processo de trabalho, vai perdendo também o controle sobre a proteção pessoal de seu corpo e que tais perdas podem ser traduzidas através dos diferenciais nos indicadores quantitativos e qualitativos.

Sobre os diferenciais de saúde entre os trabalhadores, as autoras discutem as diferenças nos padrões de mortalidade entre os grupos de trabalhadores e entre classes sociais. Afirmam que, em estudos realizados na Inglaterra, os operários não qualificados entre 15 a 64 anos morrem 2.5 vezes mais que a burguesia e os profissionais liberais.

Wisner (1994), ao discutir as marcas da vida sobre os trabalhadores, propõe situar as relações entre saúde e as condições de trabalho no contexto da duração da vida em plena posse dos meios físicos, mentais e sociais. Afirma que para diferentes grupos sociais há diferentes respostas das faculdades físicas, mentais e sociais.

Procurando buscar respostas em estudos de 1961, na França, o autor compara a variação na expectativa de vida de acordo com as categorias socioprofissionais. Por exemplo, profissionais liberais apresentam uma expectativa de vida entre 72 a 74 anos, enquanto que trabalhadores não especializados, uma expectativa muito menor, de 59 a 62 anos, os mineiros, entre 58 a 61 anos. Com certeza, os últimos estariam submetidos às condições de trabalho e de vida muito piores que a categoria primeiramente citada.

Afirma que o “*desgaste*” prematuro estaria relacionado a severas condições de vida, e que é um fato corrente, porém difícil de ser evidenciado de forma objetiva. Wisner (1994) destaca Clement et alii. Como autor de um dos poucos estudos que enfoca o desgaste através do trabalho e que demonstra o declínio da saúde muito mais rápido entre dois grupos de trabalhadores de uma grande empresa automobilística da região de Paris, com idades respectivamente de 34 a 54 anos, do que em outras categorias sociais, por exemplo professores primários na região de Paris. O estudo constata pressão sistólica mais alta, ritmo cardíaco em repouso mais rápido, menor força manual, menos eficiência intelectual e declínio da memória entre os trabalhadores pesquisados.

Com referência aos indicadores de morbidade nos estudos supra citados, o autor (Wisner, 1994) revela que a frequência das enfermidades cardiovasculares e o uso de soníferos são muito mais altos entre esse grupo de trabalhadores da empresa automobilística pesquisada do que em outras categorias sociais. Observa que a realidade é, provavelmente, ainda muito mais grave, pois os menos resistentes tiveram que deixar os mais duros postos de trabalho na indústria e estes não aparecem nas estatísticas.

Sobre os diferenciais das capacidades fisiológicas e biológicas normais do ser humano com relação ao envelhecimento biológico normal, pode-se dizer que potencialmente todos têm chances de se desenvolver de maneira análoga, tanto o filho de um executivo como o do trabalhador braçal, porém, na realidade, a vida não deixa as mesmas marcas; à medida que a instrução e o aprendizado não foram os mesmos, os riscos e a intensidade de trabalho também não os serão (Wisner, 1994).

Os dados levam a concluir que o envelhecimento deve ser então entendido como um processo que faz parte do ciclo dinâmico e contínuo dos seres vivos de todas as espécies. Porém, as marcas prematuras de velhice podem sinalizar ou refletir a presença de uma doença e, nesse caso, é bem provável que por trás desses sinais estejam presentes determinantes sociais, entre eles uma anterior sujeição ao trabalho (Gonçalves, apud Ribeiro, 1997).

No Brasil são raros os estudos que tratam dos diferenciais de morbi-mortalidade entre grupos sociais ou entre classes, em relação ao processo de trabalho. Wunsch (1995), ao discutir as variações quantitativas e as tendências da morbi-mortalidade dos trabalhadores, afirma que tentar dimensionar as doenças profissionais no país é tarefa árdua, e que visualizar a relação do trabalho com as doenças que atingem a população em geral é ainda mais difícil. Declara que provavelmente a maioria das lombalgias crônicas e grande parcela dos casos de hipertensão arterial e de distúrbios mentais, responsáveis pela maioria das aposentadorias por invalidez na Previdência Social, tenham relação direta ou indireta com o trabalho.

Com relação aos cânceres, o autor supra citado (p.319) avalia que cerca de 3 mil das mortes por câncer no Brasil, em 1989, decorreram por exposição ocupacional. Afirma que as relações entre doenças crônico-degenerativas e o trabalho têm sido investigadas de forma sistemática e intensa em diversos países desenvolvidos. A contribuição do trabalho na determinação dessas doenças revela-se cada vez mais evidente, porém estabelecer tendências no tempo e correlacioná-las com transformações no mundo do trabalho têm sido mais difícil devido à aceleração do processo.

Ribeiro (1997a, p.60), com base nas estatísticas decorrentes de análises de séries anuais de mortalidade no Brasil, afirma que, por exemplo, as doenças cardiocirculatórias acometem com freqüência as idades que antecedem a velhice e que as mulheres, antes poupadas, passaram a morrer desta forma e cada vez mais freqüentemente. Estas mudanças coincidem com a inserção da mulher no mercado de trabalho.

Com relação ao perfil das doenças reconhecidas oficialmente como decorrentes do trabalho, Wunsch (1995) analisa que são muitas as dificuldades para identificá-lo no Brasil. Os dados divulgados pelas Comunicações de Acidentes de Trabalho, principal fonte, não permitem avaliar a incidência das diferentes doenças, sua distribuição entre os grupos sociais e tendência temporal. Fontes alternativas de informações encontram-se nos ambulatórios de saúde do trabalhador do Sistema Único de Saúde, nos ambulatórios de saúde ocupacional, nas empresas e, mais recentemente, também em outros locais.

Os dados disponíveis da Seguridade Social indicam uma tendência de aumento sistemático, nos últimos dez anos, do número de doença profissionais registradas no país. Em 1997, foram notificadas 29.707 doenças profissionais, mais de três vezes o número registrado em 1992 e mais de seis vezes o volume notificado em 1988 (Brasil, 1997, p. 54). Possivelmente, isso tenha ocorrido devido à notificação crescente das lesões por esforços repetitivos, que saíram de dois casos em cada 10 mil trabalhadores e foram para 15 casos em cada 10 mil trabalhadores (Mendes,1999, p.10).

Com relação às Lesões por Esforços Repetitivos, dados de diversas regiões do país levam a supor tratar-se de uma epidemia em fase de explosão. A morbidade registrada nos diferentes serviços e programas de saúde do trabalhador confirmam essa informação. Para Wunsch (1995, p.316), esse fenômeno está relacionado às modificações nos processos de trabalho, decorrentes da modernização e automação nos vários setores da economia, exigindo do trabalhador movimentos repetitivos e monótonos. Afirma ser previsível o aumento do número dos casos nos próximos anos.

No que pese a abrangência das Lesões por Esforços Repetitivos, que as torna um problema de saúde pública, Ribeiro (1997a, p.285) declara que elas não são uma presença ameaçadora a todas as classes sociais e categorias. Elas são um tipo de doença seletiva, que atinge, prevalentemente, os trabalhadores que ocupam os níveis mais baixos da hierarquia das empresas e ou que executam tarefas manuais. Não tendo expansão vertical, poupa os que se situam nas escalas hierárquicas superiores.

Os indicadores acima revelam, portanto, uma forte relação entre as formas de adoecer e morrer e as formas de inserção dos trabalhadores no processo de trabalho, bem como entre os diversos grupos sociais. Tais indicadores reforçam os pressupostos de Laurell e Márquez (1983), quando afirmam que os instrumentos de trabalho não são apenas o resultado do desenvolvimento técnico-científico, mas também a materialização de determinadas relações sociais. Segundo essas autoras, o consumo da força de trabalho, ao realizar-se o trabalho, sintetiza as características do objeto, os instrumentos e uma determinada correlação de força entre capital e trabalho que se expressa através dos padrões de desgaste dos trabalhadores.

Para Ribeiro (1997a, p.11), há alguns anos observa-se, nos países industrializados, e mais recentemente no Brasil, a passagem vagarosa e explícita do trabalho, registradas pelos acidentes e doenças ditas ocupacionais, para um tipo de “*violência mais sutil*”, expressada através de doenças e agravos, sem aparente nexos ou causalidade com o trabalho e de difícil comprovação material, como é o caso das Lesões por Esforços Repetitivos e das doenças ditas psicossomáticas.

Portanto, não é caso de abandonar os métodos de identificação tradicionalmente utilizados pela saúde pública, mas de recorrer também a outras abordagens científicas, não naturalistas e não quantitativas, embasadas nas ciências sociais e humanas se se quiser compreender as formas de adoecimento e morte dos tempos atuais. As doenças podem não ser necessariamente novas, porém as formas do sofrimento se expressar no trabalhador muda a cada época, como tem demonstrado Dejours (1988a) em seus estudos empíricos e teóricos.

1.1.2 Sofrimento mental e trabalho

O problema colocado para quem trabalha com saúde do trabalhador está na questão: por que alguns adoecem e outros não, se aparentemente todos estão sujeitos ao mesmo modos de trabalho? Por que a maioria sujeita-se a trabalhar em condições de constrangimentos, muitas vezes aparentemente incompatíveis com a vida? Considerando estas questões, faz-se, portanto, necessário o estudo das populações de trabalhadores não adoecidos e aparentemente sujeitos ao mesmos modos para compreender os diferenciais nos níveis de sofrimento dos trabalhadores.

No início da década de cinquenta, os primeiros estudos em psicopatologia do trabalho buscavam estabelecer a relação de determinadas doenças mentais e a atividade laboral, mas tais estudos não se mostraram adequados devido à presença dos mecanismos seletivos, suficientes para eliminar das empresas os sujeitos que sofressem de doenças mentais ou distúrbios de comportamento, mesmo leves. Assim, permaneciam trabalhando apenas aqueles que se encontrassem no limite da normalidade. Por outro lado, os estudos clínicos clássicos, como as enquetes epidemiológicas, são decepcionantes e inconclusivos no que se refere à saúde mental (Dejours, 1996).

Com o desenvolvimento da Psicodinâmica do Trabalho as investigações tornaram-se possíveis. O foco já não está nas doenças mentais, mas nas estratégias elaboradas pelos trabalhadores para enfrentar mentalmente a situação de trabalho, a partir do momento em que a Psicodinâmica passa a assumir a normalidade dos trabalhadores em situação de trabalho como um “*enigma*” (Dejours et alii, 1994; Dejours, 1996).

Dejours, ao propor estudar grupos de trabalhadores não adoecidos, declara a necessidade de entender o confronto que se estabelece entre a organização da personalidade e a organização do trabalho. Afirma que a transposição do espaço familiar para o espaço de trabalho, socialmente mais amplo, implica a necessidade de

uma correspondência que impeça rupturas significativas e que permita, de alguma maneira, a cada um, uma ocasião suplementar de perseguir seu questionamento interior e traçar sua história. Através do trabalho, engajar-se nas relações sociais mais espaçosas, para onde possa transferir as questões herdadas do passado e de sua história afetiva, correspondência chamada “*ressonância simbólica*” (Dejours, 1996, p.157).

As condições concretas para o estabelecimento da ressonância simbólica, o autor condiciona a escolha de uma profissão, a possibilidade da concepção do que se faz e o julgamento dos outros, uma vez que o reconhecimento social é a retribuição fundamental para a sublimação. Porém, chama a atenção para o entrave ao jogo da sublimação no trabalho, que não resulta tanto da incapacidade psíquica do sujeito, mas da ausência de condições organizacionais. Na impossibilidade de elaborar dentro das organizações essas condições favoráveis, o indivíduo não se beneficia do trabalho para dominar seu sofrimento e transformá-lo em criatividade. A única saída possível é a doença como “*sofrimento patogênico*”, afirma. A possibilidade de ruptura desse círculo vicioso seria a garantia da ressonância simbólica e afetiva, articulando-a com a transformação das organizações em “*espaços públicos*”, para expressão do funcionamento psíquico (Dejours et alii, 1994; Dejours, 1997).

Sem descartar a necessidade de conformar os espaços públicos como forma de resistência nas organizações e insubmissão à concretização da ressonância simbólica, Ribeiro (1997a) chama a atenção para o fato de que as restrições não são colocadas de forma inocente, mas estão associadas historicamente às necessidades de produtividade da sociedade industrial.

Posto o sofrimento patogênico no trabalho, segundo Dejours (1988 a), as formas como transparecem no discurso operário são: a insatisfação, o medo e a ansiedade, que estariam vinculados à temática central da dignidade e indignidade no trabalho.

Insatisfação

A insatisfação é gerada por aspectos concretos do trabalho, o conteúdo significativo da tarefa e a relação com o conteúdo ergonômico do trabalho (Dejours, 1988a, p.60-61).

Com relação ao conteúdo significativo da tarefa, o autor propõe dois componentes, em relação ao sujeito e em relação ao objeto. Considera o “*investimento libidinal*” necessário para sua execução e a função social da tarefa, incluída a posição social do indivíduo em função do trabalho desempenhado, ou seja, a capacidade que a tarefa tem de satisfazer as *pulsões* reprimidas e o valor social de que a mesma se reveste.

Quanto mais simples é uma tarefa, menos investimento emocional e intelectual exige e menos valorizada é socialmente. Portanto, a desqualificação leva a uma “*imagem narcísica*” piorada, dificultando o prazer e a realização. Além da desqualificação devem ser considerados ainda os instrumentos, os movimentos físicos, o material sobre qual o trabalho é executado, bem como o ambiente onde se desenvolve a atividade e sua relação com o simbólico, ou seja, o significado que esse trabalho assume para cada um dos indivíduos que vive essa relação (Dejours, 1988a).

Sobre o custo humano da insatisfação, Dejours (1988a) afirma que a organização do trabalho, concebida por um serviço especializado da empresa, estranho aos trabalhadores, choca-se frontalmente com a vida mental, e mais precisamente com a esfera das aspirações, das motivações e dos desejos desses mesmos trabalhadores. O sofrimento mental patogênico começa quando a relação homem-organização do trabalho está bloqueada; quando o trabalhador usou o máximo de suas faculdades intelectuais, psicoafetivas, de aprendizagem e de adaptação para manter-se no trabalho.

A relação conflitante entre as exigências físicas, químicas ou biológicas de um trabalho e as características de personalidade do trabalhador (relação homem/contéudo/ergonômico) gera insatisfação mental mais que física, por inviabilizar

a ressonância simbólica, visto que o trabalho e seu produto são os geradores da afetividade e da solidariedade que se vinculam diretamente ao prazer. Por este motivo as alterações ergonômicas apenas do posto de trabalho, às vezes, trazem somente alívio momentâneo ao desconforto físico e, as queixas logo ressurgem em função dos aspectos relacionados à organização do trabalho (Wisner, 1987).

Um conteúdo inadaptado à estrutura da personalidade do trabalhador é fator de insatisfação que pode gerar efeitos psicossomáticos que não se equívalem às doenças profissionais, mas podem estar associados a distúrbios como gastrites nervosas, além de eventos como absenteísmo e alcoolismo (André, 1994, p.28).

Algumas atividades laborais parecem não favorecer uma adequada identidade social, ou adequada sublimação dos desejos. São aquelas atividades parceladas a tal ponto que perderam o significado para o indivíduo que as processa, gerando insatisfação por não corresponder às pulsões. São também as que não permitem uma adequada identificação do sujeito com o objeto de trabalho, dada a natureza do conteúdo dessa tarefa (Silva, 1992 apud André, 1994, p.32).

Medo

Para Dejours (1988a), o medo responde a um aspecto concreto da realidade e exige sistemas defensivos específicos. Está presente em todos os tipos de ocupações profissionais, inclusive nas tarefas repetitivas e nos escritórios, onde parece ocupar um papel modesto.

O autor discute que o desconhecimento dos efeitos da condição de trabalho sobre o físico impossibilita um “*combate eficaz*” aos riscos, o que pode ser fator gerador de medo que aumenta a carga psíquica, o que denomina “*medo indiretamente determinado*”. Para este, o próprio aspecto exterior do trabalho pode eliciar a imaginação e a fantasia

Este medo, ainda segundo Dejours, pode ser impeditivo para o trabalho e pode vir “*camuflado em sintomas*” como cefaléias, vertigens, tensão nervosa, ou pode ser exteriorizado nos desafios e no aparente desprezo ao risco.

Estes mecanismos são denominados pelo referido autor “*ideologia defensiva*”. É característica do tipo de profissão e são desenvolvidos no coletivo pois para funcionar precisam encontrar sua confirmação, a qual assegura sua eficácia simbólica.

Ansiedade

As ansiedades, para Dejours (1988a), estão relacionadas com a organização do trabalho e as condições de trabalho. Para o autor, há três grupos de componentes ansiógenos identificados no discurso dos operários. O primeiro está identificado com as relações de trabalho, estas entendidas como todos os laços humanos criados dentro da empresa: relações com a hierarquia, com as chefias, com a supervisão, com os demais trabalhadores. Nesse caso, é resultado da degradação do funcionamento mental e do desequilíbrio psicoafetivo decorrente da impossibilidade de reagir a certa violência que pode gerar uma descarga de agressividade nas relações interpessoais.

Pode estar relacionada, ainda, segundo o autor, à degradação do corpo, estreitamente ligada às questões do risco no trabalho: as ameaças que as condições de trabalho podem trazer à integridade física.

Por último, a ansiedade da disciplina da fome, em que apesar das circunstâncias às vezes bastante adversas do trabalho, seja do ponto de vista das relações sociais ou das condições de trabalho adversas, as pessoas mantêm-se trabalhando devido à necessidade de sobrevivência. Esta ansiedade “*não faz parte direta da relação homem-organização do trabalho, mas é, acima de tudo, sua condição*”.

Podemos verificar, então, que existe uma relação direta entre a forma como se organiza o trabalho e as expressões de sofrimento dos trabalhadores. Neste sentido, procuraremos situar nossa análise considerando que o processo de trabalho a que estão

submetidos trabalhadores adoecidos ou não adoecidos pode estar constituindo-se em fonte de insatisfação, medo e/ou ansiedade, sendo “*sinais*” para o sofrimento e para o conseqüente adoecimento.

1.2 Vigilância em saúde do trabalhador

1.2.1 As bases da vigilância no setor saúde

A história do setor saúde no Brasil tem sido marcada pela hegemonia da atenção médico-hospitalar, centrada no poder médico, baseada na lógica da recuperação da higidez dos indivíduos portadores de patologias, através da intervenção curativa e individual, desenvolvida no espaço institucional ambulatorial ou hospitalar (Gersehman, 1995, p.42).

Até meados dos anos oitenta, dois sistemas de saúde públicos operavam no país, um secundário, estatizado, voltado para as ações de natureza preventivas, outro principal, subordinado aos interesses privados, realizando assistência médica, individual e curativa para os trabalhadores e dependentes do Sistema Previdenciário (Gersehman, 1995, p. 45-46).

O Sistema Único de Saúde-SUS, implantado através da Constituição Federal de 1988 e regulamentado na Lei 8.080/90, apresenta a proposta de romper com o modelo dicotomizado, centralizador e autoritário, voltando as ações para uma proposta de atenção à saúde integral, com universalidade e equidade no atendimento, gerenciamento descentralizado e hierarquizado, privilegiando a municipalização e o controle social através da participação popular (Brasil, 1994).

Apesar de tratar-se de uma concepção de atenção à saúde mais abrangente do ponto de vista do entendimento do processo saúde-doença como produção social, bem como do processo de articulação do setor, o Sistema Único de Saúde tem encontrado problemas quanto à sua efetivação. A criação de alternativas metodológicas e operacionais que viabilizem uma prática norteada na percepção da saúde como fenômeno social, envolvendo múltiplas determinações, são raras e ainda dispersas (Brasil, 1994).

A opção política pela aplicação maciça dos recursos do setor na assistência médica baseada apenas no aspecto clínico-individual, durante as últimas décadas, não tem produzido mudanças significativas, tanto na qualidade da assistência prestada quanto nos perfis de saúde da população brasileira (Mendes et. alii, 1993).

A assistência médica tradicional tem sido confundida com atenção integral à saúde, que por sua vez não pode ser entendida apenas como ausência de doença, como vem sendo tratada pela clínica, mas como expressão da vida do indivíduo e do coletivo, como o *“modo de levar a vida”* (Castellanos, 1997, p. 62).

Estes conceitos certamente não coincidem necessariamente com critérios clínicos, porém a discussão da construção da saúde coletiva dentro do Sistema Único de Saúde passa pelo questionamento sobre a operacionalidade dos conceitos de saúde, dirigidos não somente aos sujeitos individuais, mas aos grupos ou populações, foco da intervenção do setor.

A introdução da vigilância à saúde, na ótica da construção de alternativas técnico-operacionais que ultrapassem as ações tradicionalmente desenvolvidas, aponta para a possibilidade de rompimento com o modelo tradicional, pautando-se sobre uma prática sanitária de intervenção, de integração com a informação e articulada interdisciplinarmente. (Brasil, 1994)

Ao definir a vigilância à saúde sob o ponto de vista da intervenção, Mendes et alii (1993, p.177) considera-a como: *“operações, um conjunto de processos de trabalho,*

relativos à situação de saúde a preservar riscos, danos e seqüelas, incidentes sobre indivíduos, famílias, ambientes coletivos, grupos sociais e meio ambiente". Para Teixeira e Pinto (1993, p.6) o termo é um "*imenso guarda-chuva*" que objetiva articular práticas dispersas e heterogêneas em saúde coletiva, desde aquelas dirigidas para assistência até aquelas voltadas para a prevenção.

Os referidos autores consideram vigilância à saúde não como

"(...) uma mera ação de produção de informação, mas fundamentalmente, é a intervenção sobre determinantes e condicionantes de problemas de enfrentamento contínuo que incorpora ainda ações de caráter individual. Esses problemas são escolhidos pelo alto impacto que têm nas condições de existência de grupos populacionais em microáreas específicas e pela possibilidade de intervir sobre eles".

Esta perspectiva possibilita remeter a vigilância a um de seus conceitos básicos, ou seja, a estruturação de um conjunto de ações que vise intervir sobre os *problemas* de saúde em nível factível. Assim a integração entre a assistência à saúde e a vigilância epidemiológica e sanitária assume uma abordagem que privilegia a intervenção sobre a realidade de saúde no momento da produção e da reprodução social, ou seja, sobre os fatores de desgaste à saúde como o trabalho, o consumo, o lazer, etc.

"Ao expressar-se o problema como uma questão não resolvida para alguém, emerge como decorrência a rediscussão do objeto das ações em saúde, pois, dentre os problemas, podem estar contemplados não apenas as doenças, acidentes e mortes, assim consideradas enquanto categorias médicas, mas outros fenômenos formulados por categorias atinentes à lógica empregada pelo conhecimento dos atores sociais leigos" (Sato, 1996. p.490).

Esse entendimento amplia o foco de orientação dado às ações de vigilância, tradicionalmente dispersas em atividades setorizadas, dentro dos programas de saúde pública, para o diagnóstico da situação e enfrentamento dos problemas detectados num determinado território. Incorpora, ainda, elementos atinentes às relações socioculturais dos atores sociais envolvidos, incluindo, assim, vivências subjetivas experimentadas no âmbito do trabalho, da moradia, da escola, do lazer, etc., estimulando ainda a apropriação do conhecimento e o exercício da participação social.

Discutindo a questão das demandas frente às necessidades e problemas relativos à situação de saúde, bem como as estratégias de enfrentamento para identificá-los, Castellanos (1997) elege as técnicas participativas como as mais adequadas para dar conta da complexidade do comportamento da sociedade. Sobre as várias possibilidades relativas às técnicas participativas, aplicadas às ações em saúde, o autor assim se expressa:

“Sua maior vantagem é que recuperem o conhecimento coletivo mediante técnicas de participação do grupo nas decisões. Outra vantagem importante é que não restringem a avaliação de necessidades e problemas àqueles que são quantificáveis e aos que podem ser identificados mediante os registros e enquetes”(p. 43).

Ao transportar essa discussão para o campo da ação em saúde do trabalhador, principalmente sob o enfoque do enfrentamento de *problemas* relativos às condições de trabalho, o conhecimento dos trabalhadores sobre a atividade de trabalho e, conseqüentemente, sobre a relação saúde-trabalho se constitui em elemento propulsor para definição de prioridades e estratégias visando às intervenções sobre determinantes e condicionantes da saúde e doença dos trabalhadores. Estaremos com isso oferecendo elementos que poderão dar bases às ações de vigilância em saúde do trabalhador.

O conceito de vigilância em saúde do trabalhador delimita a abrangência de sua intervenção na articulação de ações no campo da saúde pública no que se refere ao processo de saúde e trabalho, sendo portanto as ações de saúde do trabalhador que se inserem na vigilância (Machado, 1996).

Para esse autor (p.119), a delimitação entre ciência e vigilância é dada pela distinção entre seus objetivos; *“enquanto a ciência busca a verdade do saber, a vigilância busca o saber para agir”*. Na ação de intervenção, a vigilância tem gerado conhecimento, num processo dialético de construção também de ciência, nutrindo-se e nutrindo-a de saberes específicos.

1.2.2 Vigilância em saúde do trabalhador: espaço de intervenção

A compreensão do cenário no qual se situa a saúde do trabalhador, dentro e fora dos centros de trabalho, possibilita estabelecer algumas referências quanto às várias práticas e estratégias de intervenção que constituem a dinâmica dos métodos e ações na relação entre saúde e trabalho e, particularmente da vigilância em saúde do trabalhador, configurando assim os diversos atores sociais envolvidos.

A questão da vigilância em saúde do trabalhador, no país, tem passado por problemas de diversas formas, da subnotificação dos casos de acidentes de trabalho e doenças às dificuldades metodológicas de identificação das causas, incluindo as doenças do trabalho devidas à falta de intervenção e de mediação institucional nos ambientes de trabalho, reflexo, portanto, das condições de organização do serviço público brasileiro. Arrolados ao universo das ações de vigilância em saúde do trabalhador, encontraremos, na diversidade de atores sociais envolvidos, várias instituições (Gutierrez, 1992).

Para efeito de recorte, discutiremos o papel institucional da intervenção nos ambientes de trabalho por parte do Ministério do Trabalho e as ações do Sistema Único de Saúde, que servem de pano de fundo para este estudo. De outro lado, a análise da intervenção das empresas e o contraponto da organização dos trabalhadores no enfrentamento das condições no trabalho possibilitam visualizar como poderiam estar colocados métodos e técnicas de diagnóstico da situação de saúde, bem como as possibilidades de construção dos espaços de transformação das condições diagnosticadas.

1.2.2.1 As ações do Estado sobre os ambientes de trabalho

O contexto histórico serve de base para situar a discussão do modelo estatal de intervenção e regulação sobre os ambientes de trabalho, no que diz respeito à inspeção

do trabalho efetuada pelo Ministério do Trabalho e à inspeção sanitária atribuída ao Sistema Único de Saúde.

Historicamente, as ações de intervenção estatal sobre os ambientes de trabalho no país, têm sido realizadas pelo Ministério do Trabalho. Responsável pela área de segurança e saúde do trabalhador, através das Delegacias Regionais do Trabalho-DRT, mantém uma prática que vai da omissão à cumplicidade, apesar dos esforços de alguns técnicos comprometidos com a ação de transformação dos ambientes de trabalho. Sua característica institucional mais relevante tem sido o amplo reconhecimento do poder de policiamento e de normatização no campo das relações saúde e trabalho, cuja eficácia se apresenta pontual e momentânea, mas interessante às empresas, pois assim comprometem-se apenas em dar resposta à burocracia e em monetarizar os riscos, sem alterar as condições de trabalho determinantes da produção da doença entre os trabalhadores (Machado, 1996).

As normas regulamentadoras (Portaria MTb 3.214/78), baseadas nos limites de tolerância, em geral encerram uma lógica protecionista, estática, não atendendo à relação dinâmica do homem com o trabalho, dando ênfase à proteção contra os riscos à saúde, mantendo as fontes causais, sem atender à subjetividade dos trabalhadores, omitindo fatores organizacionais do trabalho determinantes do adoecimento (Costa et. alii, 1989, p. 27).

A lógica desses conhecimentos tem sido construída dentro e fora do Ministério do Trabalho, através do confronto entre as forças do capital e do trabalho, em processos de produção taylorista/fordista, baseados em pressupostos nos quais a ação técnica se fundamenta em conteúdos de base positivista, praticados de forma corporativista e taylorizada (Machado, 1996, p.20). A divisão em engenharia do trabalho, higiene do trabalho e medicina do trabalho retrata um modelo de conhecimento onde os problemas são agrupados e solucionados de forma fragmentada, em ações efetivadas por técnicos especializados por área (Borges; Jardim, 1997).

Este tipo de ação tem-se mostrado eficaz em situações pontuais, ligado a condições específicas para resolver um determinado evento, mas não tem dado conta de resolver questões que envolvam, por exemplo, o crescimento de determinada doença que tenha origem na organização do trabalho, ou problemas que envolvam a subjetividade dos trabalhadores, por exemplo, a epidemia explosiva Lesões por Esforços Repetitivos que tem incidido em várias atividades no país (Machado, 1996).

Por outro lado, o setor saúde carece ainda de tradição e legitimidade na fiscalização e intervenção sobre os ambientes e as condições de trabalho. A implantação dessas ações são recentes no país, porém suas práticas ainda que restritas a algumas regiões, têm possibilitado o desencadeamento de atividades em direção a um conhecimento mais integrado à realidade dos agentes e das relações concretas contidas nos processos de trabalho.

A construção histórica desse conhecimento no país se inicia na década de oitenta, através de alguns Programas de Saúde dos Trabalhadores-PSTs, onde são realizadas as primeiras tentativas, cujas características e peculiaridades são diversas. Essas ações são definidas muito mais pela força e qualidade da organização dos trabalhadores e do compromisso de alguns profissionais com estes setores, incluindo também a influência de algumas instituições acadêmicas, do que pelas políticas públicas instituídas no Estado (Pimenta; Capistrano, 1988 e Costa et alii, 1989).

As primeiras experiências estabelecem novas relações entre a classe operária e os técnicos, resultando na construção de um conhecimento novo e diverso, importante para o setor, não somente do ponto de vista da assistência, mas principalmente para a atuação preventiva sobre processos e ambientes de trabalho. Apresentam como características marcantes a definição de prioridades e o uso da Epidemiologia no planejamento das ações.

Essas experiências dão suporte ao debate que antecede à promulgação da Constituição Federal de 1988, na qual fica definido o SUS como um novo ator no campo das relações entre saúde e trabalho. Posteriormente, a Lei Orgânica da Saúde que

regulamenta a Constituição Federal, estabelece da seguinte forma a saúde do trabalhador:

“Um conjunto de atividades que se destina, através das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa a recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho(...)”. (Brasil, 1994, p.3)

O referido texto coloca claramente o processo de articulação das ações de controle sanitário no sentido da vigilância em saúde e da atenção em saúde do trabalhador.

Todos esses fatos caracterizam a saúde do trabalhador como uma área em construção de um novo saber no campo da Saúde Pública. No nível do SUS, a responsabilidade torna-se redobrada: de um lado, efetivar o sistema em decorrência da municipalização das ações de vigilância em saúde; de outro, entender as características da população e dos riscos aos quais encontra-se exposta (Costa et alii, 1989).

Nestes últimos dez anos pós-constituição, com a disseminação dos serviços voltados para as ações de saúde do trabalhador no SUS, em alguns locais têm ocorrido conflitos, em outros, interações entre as Delegacias Regionais do Trabalho e os Serviços de Saúde do Trabalhador, executores respectivamente da inspeção do trabalho e da inspeção sanitária. Responsáveis, enquanto competência concorrente, pela verificação e contextualização dos riscos à saúde, bem como pela definição e pela dinâmica dos contextos encontrados, essas instâncias representariam focos estratégicos para o planejamento de ações de vigilância em saúde do trabalhador, ao mesmo tempo que se apresentam como campo de questionamento institucionais e empresariais, abrindo, assim, precedentes para uma heterodoxia de ações e instrumentos, estabelecendo uma multiplicidade que tem levado a uma riqueza de conhecimentos na busca de soluções (Machado, 1996, p.20).

Ainda segundo esse autor, a característica da diversidade e heterogeneidade da demanda e a implantação dos serviços voltados às ações de saúde do trabalhador no SUS têm levado à busca de estratégias de intervenção para solução dos problemas, proporcionando o rompimento com os tradicionais programas verticalizados do setor,

transformando a vigilância numa prática diversificada de enfrentamento dos problemas de saúde. A vigilância em saúde do trabalhador diferencia-se, assim, da vigilância em saúde em geral, porque, enquanto campo de atuação, tem como objeto delimitado a investigação da atividade de trabalho no sentido da compreensão do enfrentamento dos problemas encontrados pelo trabalhador no desenvolvimento de sua tarefa.

Dada a sua complexidade, essa concepção não se encontra, na prática, integralmente incorporada ao setor saúde devido à manutenção de estruturas ainda fragmentadas, e ao pequeno grau de articulação existente entre os componentes diretamente envolvidos nessa relação (Tambellini, 1984).

Do ponto de vista dos métodos e técnicas, este contexto tem tornado indispensável a aplicação da observação direta, *in loco*, realizada cotidianamente pelos técnicos. Essas técnicas, muitas delas influenciadas pelas práticas de inspeção desenvolvidas pelo Ministério do Trabalho ou pela vigilância sanitária tradicional, se aplicadas de forma isolada não consideram a representação que os trabalhadores têm do seu trabalho, não atendem a complexidade e a diversidade dos processos, pois tanto a subjetividade dos mecanismos coletivos de negação e de defesa dos trabalhadores para lidar com os constrangimentos no trabalho, quanto as estratégias de condução e de filtragem das informações, feitas pelas empresas no momento das inspeções, proporcionam um diagnóstico parcial dos problemas relacionados às condições de trabalho.

Ampliar o olhar e o conhecimento técnico a respeito das condições de trabalho sob os diversos prismas em que a realidade se apresenta, através da expressão dos trabalhadores sobre suas vivências em relação ao trabalho real, pesquisando as estratégias individuais e coletivas de regulação e de compensação dos efeitos adversos do trabalho, tende a alargar o espaço de informações para compreensão e implementação de medidas que ampliem esses mecanismos compensatórios por parte do poder estatal.

1.2.2.2 As ações do patronato e dos trabalhadores

No Brasil, os perfis de saúde do trabalhador têm-se modificado nas últimas décadas, reflexo da implantação de novas relações econômicas e de mercado internacionalizadas, bem como de nova base tecnológica, definidas na microeletrônica, nos métodos de informação e de automação que têm acarretado mudanças no processo produtivo, na organização do trabalho, nas relações sociais de produção e conseqüentemente nos padrões de saúde da classe trabalhadora, coexistindo ainda com modalidades produtivas tradicionais, do tipo manufatura.

Todos esses processos têm em comum a despreocupação com a saúde dos trabalhadores e com o meio ambiente, baseando-se na lógica do patronato da acumulação de capital contando com a exploração da força de trabalho e dos recursos naturais. Poucos têm sido os estudos sobre a relação entre as novas e as antigas formas de trabalho e o adoecimento dos trabalhadores.

A intervenção nos ambientes de trabalho, do ponto vista do patronato, tradicionalmente tem sido feita através da medicina do trabalho, medicina ocupacional ou pela engenharia de segurança e higiene do trabalho que, diante do estado de desenvolvimento técnico atual, conseguem, na maioria das vezes, apenas desenvolver formas e equipamentos de proteção contra o adoecimento, em que a ação é deflagrada ou para fiscalizar a aplicação dos mecanismos de proteção, ou para minimizar processos em que a doença tenha fugido do controle desses mecanismos (Machado, 1996 p.20). Essas ações são desenvolvidas pelas empresas, através dos Serviços de Segurança e Medicina do Trabalho ou através de serviços contratados de terceiros (Portaria MTb – 3.214/78).

Para Costa et alii (1989, p.30), o processo de lutas e conquistas em curso no país, nos últimos anos, com relação às intervenções nos ambientes de trabalho, apresenta nítida diferença entre a fábrica e a sociedade. À medida que a organização dos trabalhadores fora da fábrica vai ampliando suas discussões a respeito da

democratização e melhoria do ambiente de trabalho – ainda que por parcela do movimento sindical – passando inclusive a influenciar em diversos campos da sociedade, o interior das fábricas não acompanha essa evolução. Os trabalhadores seguem conduzidos pela repressão e dispersão no interior das organizações.

Leite (1994, p.572) chama a atenção para a relação entre a resistência histórica do patronato brasileiro em modificar as políticas de gestão da mão-de-obra e as dificuldades para adoção de formas de organização do trabalho baseadas numa participação mais efetiva dos trabalhadores nas decisões relativas aos processos produtivos e, conseqüentemente, da melhoria das condições de trabalho. Afirma que a fraca organização sindical nos locais de trabalho tem sido o ponto básico para o alijamento da maioria dos sindicatos do processo de implantação das inovações organizacionais do trabalho implantadas no país.

A autora afirma, também, que as empresas brasileiras parecem estar optando por um modelo de projeto de incorporação individual de mão-de-obra, no qual não há qualquer espaço de representação política e social. Os esforços são dirigidos para eliminar as formas de organização dos operários no interior das fábricas. A adoção de formas individuais de negociação é vista como meio de afastar os trabalhadores dos sindicatos, fazendo-os parecer como indesejáveis e desnecessários.

O processo de discussão a respeito da reestruturação produtiva, da flexibilização da organização do trabalho e de relações mais democráticas dentro das fábricas tem-se dado de forma mais sistemática apenas por alguns sindicatos, prioritariamente da região do ABC paulista, que têm dado ênfase na denúncia do desemprego e na profunda contradição presente no fato de as empresas pedirem a colaboração dos trabalhadores nas decisões relativas ao processo produtivo, ao mesmo tempo que se negam a negociar com eles a maneira como as mudanças poderiam ser implementadas na prevenção e controle dos riscos presentes nos ambientes de trabalho (Informacut, 1995).

A organização dos trabalhadores no campo da saúde, que se inicia na década de oitenta e se estende para os anos noventa, acompanha o quadro de reestruturação

produtiva do país, apresentando estratégias e perspectivas muito heterogêneas. Alguns sindicatos constituem setores especializados, com o objetivo de formação de quadros, dentro do propósito de não-delegação das questões relacionadas ao ambiente de trabalho. Assessorias técnicas são contratadas, técnicos dos programas de saúde dos trabalhadores das secretarias estaduais e municipais e alguns pesquisadores das universidades vão-se incorporando ao setor para dar suporte técnico (Costa et alii, 1989).

Deste movimento, resultam algumas intervenções como denúncias, ações políticas e jurídicas dentro dos ambientes de trabalho. Porém, nenhum sistema de monitoramento dos riscos controlado pelos trabalhadores conseguiu ser implantado pelos sindicatos de trabalhadores, baseando-se as ações em eventos pontuais, demonstrando a fragilidade dessa organização no interior da fábrica. Algumas pesquisas são desenvolvidas em parcerias com universidades e Ministério do Trabalho através da Fundação Jorge Duprat - Fundacentro, especialmente nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro e Minas Gerais (Costa et alii, 1989; Ribeiro, 1997).

Ressalte-se que o movimento dos trabalhadores ganha espaço nas regiões mais industrializadas do país, predominantemente fora das empresas devido às dificuldades de penetração nos ambientes de trabalho. A maioria dos sindicatos abordam as doenças provocadas por agentes físicos e químicos; apenas o movimento sobre as questões das Lesões por Esforços Repetitivos difere desse caminho: situado em um novo contexto e conjuntura, inicia-se dentro dos centros de processamentos de dados, no interior de empresas estatais, estendendo-se posteriormente para sindicatos e associações de bancários (Ribeiro, 1997b).

A característica comum entre estas experiências traz como resultado a discussão das violências vivenciadas e o adoecimento como consequência das condições de trabalho. As dificuldades de transpor os muros das fábricas para conhecer o cotidiano do trabalho e transformar esta realidade por parte tanto das organizações dos trabalhadores quanto dos técnicos e pesquisadores têm gerado contradições ao mesmo tempo que têm

propiciado a construção de alternativas metodológicas de reconstituição dessas vivências.

1.3 Trabalho e atividade

Para Guérin et alii (1991, p.30), as práticas científicas tendo como foco o trabalho são constituídas a partir de pontos de vistas específicos: o economista abordará o trabalho a partir do valor produzido; o sociólogo a partir das relações que se estabelecem entre os diferentes atores; o fisiologista e o psicólogo se interessam sobre os componentes físicos e mentais da atividade de trabalho. Neste sentido podemos afirmar que existem múltiplas ciências do trabalho, e ninguém pode pretender abordar com uma única competência uma realidade tão complexa.

Considerando estes aspectos, a atividade de trabalho assume uma forma complexa, onde estariam envolvidas atividades humanas, nelas contidas dimensões pessoais, sociais e econômicas, compreendendo componentes da relação trabalho e atividade, os quais necessitariam ser decompostos, no sentido de analisá-los para entendê-los, sob o ponto de vista dos esforços permanentes do trabalhador para dar significado à sua tarefa.

Arendt (1997) ao discutir o que é genérico e específico na condição humana, distingue o labor, o trabalho e a ação. Segundo a autora, o labor estaria relacionado ao movimento e ao metabolismo do corpo em atividade, condição compartilhada com outros animais. O trabalho estaria colocado como condição social, quando diz que o *homo faber* cria coisas extraídas da natureza, as quais estariam intermediando as relações entre os homens, modificando o espaço natural. A ação seria a única atividade exercida diretamente entre os homens sem a mediação de coisas ou matéria, correspondendo à condição humana de pluralidade, esta teria então uma relação direta com a política.

Marx (1985, p.202) define o trabalho no modo capitalista de produção como um processo de transformação do homem em *força de trabalho*, onde este participa numa relação direta com a natureza. Processo em que o “*ser humano, com sua própria ação, impulsiona, regula e controla seu intercâmbio material com a natureza*”. Atuando, assim, sobre a materialidade externa estaria modificando sua própria natureza, lançando mão de componentes humanos externos, mas também internos, neles compreendidos aspectos físicos, mentais, psíquicos e ambientais.

Duraffourg et alii (1977, p.23), analisando a atividade humana e sua significação em relação ao trabalho na sociedade atual, reafirmam seu caráter social e gerador da força de trabalho: “*O trabalho é uma forma de atividade do homem enquanto ser social*”. Os autores sustentam a afirmação, distinguindo a atividade humana da atividade de trabalho, justificada pelo fato de que esta última teria um significado predominantemente social. Esses autores tratam o trabalho como o resultado do poder de movimento da força de trabalho, o que lhe daria um duplo caráter, às vezes concreto, às vezes abstrato.

Considerando a ampla dimensão em que deve ser tratada a atividade de trabalho – não essencialmente a de ganhar a vida, mas a de ter um lugar para realizar um papel na sociedade –, não ter um trabalho significa também um drama no que se refere à identidade social. Porém, ter um trabalho no qual as possibilidades de desenvolvimento pessoal e de dar vazão às manifestações das diferenças pessoais estão prejudicadas também provoca sofrimento e risco de adoecimento do trabalhador. O homem está na condição, portanto, seguindo o mesmo movimento, de vítima ou criador da atividade de trabalho, dependendo da sua inserção (Dejours, 1996, p.10), gerando como resultado sentimentos de insatisfação e satisfação. Na perspectiva da condição humana tratada por Arendt (1997) a atividade de trabalho assume ao mesmo tempo uma dimensão pessoal e coletiva.

Com relação à dimensão pessoal do trabalho, diversos autores discutem o caráter singular e objetivo do resultado da atividade, identificando que em alguma parte do objeto ou serviço a ser executado estariam presentes características pessoais,

dependendo inteiramente da característica individual da atividade colocada em execução. Mesmo na produção em massa, os objetos fabricados estariam identificados com quem os realiza. Este traço, apesar de ínfimo, poderia estar relacionado ao saber-fazer específico, aos modos particulares de operar as máquinas e ferramentas (Guérin, 1991), ou ao “*espaço pessoal de trabalho*” que, para Gustave (1996), exprime a identidade de um indivíduo e seu *status* no interior da organização.

Todo trabalho também tem um caráter social e econômico, resultado de sua inserção dentro de uma organização social e econômica de produção. Para Guérin et alii (1991, p.46), o resultado da atividade é social porque está dentro de uma dimensão coletiva, ou seja, o produto (objeto, serviço) resulta da atividade coordenada de diversos operadores, a qual se insere numa rede de cooperação. Esta situação serviria tanto para a grande indústria, onde a linha de montagem evidencia claramente a relação de interligação entre um operador e outro, quanto para trabalhadores isolados, cuja atividade profissional se insere de maneira mais ou menos direta na rede de produção.

Para esses mesmos autores, a análise do trabalho não pode ficar impassível sobre esta dimensão, pois é nela que a atividade humana se transforma em atividade de trabalho. Uma redução da atividade de trabalho a uma dimensão eminentemente pessoal não permitiria conhecer as reais características das situações de trabalho que se queira transformar.

1.4 Abordagens da análise do trabalho

1.4.1 Análise do trabalho e a vigilância em saúde do trabalhador

Tradicionalmente, a análise da relação trabalho-saúde tem-se baseado sob a ótica da Medicina do Trabalho, da Saúde Ocupacional e da Engenharia as quais utilizam como categorias básicas o risco, a periculosidade e a insalubridade, sem levar em conta

os mecanismos da relação destas categorias com as condições determinantes do processo de adoecimento dos trabalhadores.

Nessa perspectiva, os riscos são colocados como condições presentes no ambiente de trabalho, potencialmente causadoras de acidentes e doenças nos trabalhadores. Periculosidade é entendida como o caráter dos riscos do ambiente de trabalho relacionados aos acidentes de trabalho, os quais são objeto de intervenção da Segurança do Trabalho; insalubridade como o caráter dos riscos do ambiente de trabalho – agrupados químicos, físicos, biológicos – relacionados às doenças do trabalho, os quais são objeto de intervenção da Higiene do Trabalho (Borges; Jardim, 1997, p.14).

Esta concepção, apesar de apresentar possibilidades de detectar múltiplos fatores ambientais, apresenta algumas limitações quanto à análise da relação dinâmica trabalho-saúde. O trabalho e seus efeitos, vistos de forma fragmentada, perdem a concretude em termos de relação, tornando as intervenções técnicas extemporâneas e ineficazes. As mensurações, tanto dos agentes de risco quanto dos efeitos à saúde, nem sempre são factíveis tanto do ponto de vista material de recursos tecnológicos disponíveis, quanto metodológico. Ainda, a intervenção que segue esta lógica enfatiza a colocação de anteparos entre o trabalhador e o meio-ambiente com riscos, através da recomendação do uso de equipamentos de proteção individual.

Por sua vez, o acentuado avanço tecnológico e organizacional pelo qual tem passado o mundo do trabalho coloca, para os profissionais envolvidos com a saúde do trabalhador, desafios que podem estar materializados nas queixas inespecíficas dos trabalhadores, nos sinais e sintomas específicos relacionados às doenças do trabalho, nos altos índices de acidentes ou de absenteísmo no trabalho, porém a apreensão destas expressões fica prejudicada pela própria limitação dos métodos tradicionalmente aplicados.

A discussão desta demanda necessariamente passa por uma abordagem interdisciplinar, envolvendo além das disciplinas da Saúde Pública como a

Epidemiologia, Medicina Ocupacional, outras como Ergonomia, Psicologia Social, Psicopatologia do Trabalho, Sociologia, etc. Avaliar as ocorrências entre o coletivo dos trabalhadores nesta perspectiva, não significa abrir mão da conformação quantitativa, mas amplia-la, partindo para abordagens e categorias de análise qualitativas. Neste sentido tem que se reconhecer a existência de múltiplas ciências do trabalho, e ninguém pode pretender abordar com apenas uma competência realidade tão complexa (Borges; Jardim, 1997).

Dentre as múltiplas abordagens, inúmeras questões vêm sendo colocadas para os técnicos que vivenciam quotidianamente o processo de investigação das condições de trabalho, para as quais poucas respostas têm sido buscadas. Por exemplo: de que instrumentos metodológicos dispomos para entendermos e analisarmos os ambientes de trabalho sob o ponto de vista daqueles que neles trabalham? Que é o trabalho humano, quais são as fontes de sofrimento e de prazer? Quais as soluções técnicas de melhorias e de conforto que podemos apresentar a estes ambientes se coexistem formas tecnológicas e de organização do trabalho ao mesmo tempo arcaicas e altamente avançadas? Que demandas de saúde emergem dos perfis decorrentes da coexistência de velhas e novas tecnologias de trabalho?

Dentro do presente trabalho não pretendemos responder a todos estes questionamentos, mas aproximarmo-nos das práticas científicas de pesquisa do trabalho real, tendo como foco a atividade de trabalho, para com isso buscar entender as estratégias de resistência às violências aos riscos e às agressões, cotidianamente vivenciados pelos trabalhadores, e constantemente apresentados aos técnicos dos serviços de vigilância em saúde do trabalhador, tanto nas suas intervenções em ambientes de trabalho, quanto no contato individual com os trabalhadores.

Do ponto de vista da intervenção da vigilância em saúde do trabalhador, a atividade de trabalho, enquanto unidade de análise, possibilita compreender a materialidade do espaço individual e coletivo no qual estão inseridos os trabalhadores, nele compreendidos aspectos internos e externos ao trabalho.

1.4.2 O método da Análise Ergonômica da Atividade

O surgimento da Ergonomia nos anos 40 passa a representar uma abordagem do trabalho humano e suas relações no contexto social e tecnológico. O emprego do termo “ergonomia” é relativamente recente, utilizado pela primeira vez por K.F.H. Murrel, sendo adotado oficialmente em 1949 por ocasião da criação da *Ergonomics Reserch Society*, por um grupo de profissionais ingleses interessados em adaptar o trabalho ao homem (Marcelin; Ferreira, 1982, p.64)

A publicação da Organização Mundial da Saúde assinada por W.T. Singleton, em 1972, define Ergonomia como “*uma tecnologia da concepção do trabalho baseada nas ciência da biologia humana*”. Wisner (apud Marcelin e Ferreira, 1982, p.64) pesquisador do *Laboratoire de Physiologie du Travail et Ergonomie do Conservatoire National des Arts e Métiers* de Paris, amplia esta definição de Ergonomia:

“ (...) conjunto de conhecimento científicos relativos ao homem e necessários para a concepção de instrumentos de trabalho, máquinas e dispositivos que possam ser utilizados com o máximo de conforto, de segurança e de eficácia”.

Ferreira (1993, p.11) ao discutir sobre o papel da Ergonomia afirma

“O grande desafio da Ergonomia é criar instrumentos para poder analisar a atividade real dos homens em situação de trabalho, saber interpretá-los à luz dos conhecimentos sobre o comportamento humano e propor modificações que facilitem o trabalho humano. É um grande desafio porque exige um aperfeiçoamento constante em campos variados que estão em grande mutação. Exige, sobretudo, que se forjem métodos e técnicas apropriadas de análise. A grande contribuição que a Ergonomia tem a dar é realmente este estudo da realidade do trabalho. Assim, ela não só pode enriquecer as outras ciências e as práticas sobre o trabalho dos homens como se firmar como campo do conhecimento autônomo”.

Apesar da Ergonomia não ter surgido com o objetivo exclusivo de apresentar alternativas para melhoria das condições de saúde, vem apresentando-se como tal. Primeiro, porque agrega uma série de conhecimentos que responde a diversos tipos de intervenção em relação às demandas de análise do trabalho. Segundo, devido ao seu caráter interdisciplinar, o qual exige uma correlação de conhecimentos relativos ao

desempenho do homem no trabalho, no que diz respeito ao seu aspecto psíquico e às funções fisiológicas. A interação desses aspectos delimita as capacidades e as compatibilidades do homem em relação à sua atividade real de trabalho (Wisner, 1994).

Na intervenção ergonômica poderemos buscar bases e ferramentas não somente para identificarmos os problemas e, conseqüentemente, as cargas ou riscos à saúde dos operadores, mas principalmente interferirmos na concepção tecnológica dos pontos críticos evidenciados pela análise do trabalho, proporcionando portanto maior conforto a quem trabalha (Wisner, 1994).

Para Guérin et alii (1991, p.17), transformar o trabalho é a finalidade primeira da intervenção ergonômica. Esta concepção não significa a busca de uma transformação nas relações capital-trabalho das estruturas mais profundas da organização social, mas a transformação do processo de trabalho real, sob o ponto de vista da tecnologia, da organização, do conteúdo da atividade e também dos aspectos gerais como demográficos, biológicos e antropológicos dos sistemas, que repercutem nas formas de se trabalhar e no conjunto de fatores interatuantes que são experimentados no dia-a-dia dos trabalhadores.

Visando compreender o trabalho humano, identificar fontes de sofrimento e de riscos para concebê-lo compatível às necessidades do homem, bem como alterar a produtividade, a Ergonomia, principalmente da França, apresenta como alternativa a metodologia da Análise Ergonômica do Trabalho.

Para Wisner (1994, p.104), esta metodologia varia de um autor para outro e, sobretudo, em função das circunstâncias da intervenção, mas nos últimos anos vem podendo apresentar uma metodologia coerente, cuja eficiência se firmou ao longo de centenas de estudos mais ou menos aprofundados nas mais diversas áreas.

As principais linhas metodológicas desenvolvidas na França, em particular o método de análise do trabalho, tem como objetivo comuns a avaliação da *carga de trabalho*, conceito muito citado, porém ainda sem uma definição consensual. Com

freqüência o conceito de *carga de trabalho* está relacionado diretamente ao de “*astreite*” (obrigação), ou seja, manifestações internas ligadas às situações de trabalho sentida pelo trabalhador, inclusive a vontade e motivação para realização da atividade. Indiretamente está vinculado ao de “*contrainte*” (constrangimento), situações de trabalho objetivas e observáveis externamente (Marcelin e Ferreira, 1982, p.65).

A metodologia da análise do trabalho, para Wisner (1994, p.96), comporta cinco etapas de importância e de dificuldades diferentes: análise da demanda e proposta de contrato; análise do ambiente técnico, econômico e social; análise das atividades e da situação de trabalho; recomendações ergonômicas; validação da intervenção e eficiência das recomendações. Parte do problema real apresentado, que pode estar contido nas queixas dos trabalhadores identificadas pelo serviço de saúde, na análise epidemiológica dos dados estatísticos referentes aos acidentes ou doenças do trabalho, nas informações dos sindicatos, nas dificuldades de produção identificadas pela empresa.

Analisando a demanda a partir das várias visões dos atores envolvidas no processo (análise da demanda), a intervenção ergonômica do trabalho tem como objeto de estudo a decomposição do trabalho para posteriormente reconstituir todos os elementos no seu conjunto. A partir do estudo empírico conhece o trabalho prescrito (análise da tarefa), analisa o comportamento do trabalhador no momento da produção (análise da atividade) para então inter-relacionar os dados encontrados (Guérin et alii, 1991; Wisner, 1994; Fialho e Santos, 1995). Os estudiosos deste modelo colocam a exigência de uma abordagem cronológica das três etapas de forma a garantir a coerência metodológica e evitar percalços, que são comuns nas pesquisas de campo.

Cada uma das etapas analisadas necessita de uma descrição, a mais precisa possível, observações e medidas sistemáticas das variáveis pertinentes relacionadas às hipóteses formuladas. Os dados levantados devem ser confrontados, de um lado com os conhecimentos científicos relacionados principalmente à psicologia e à fisiologia do trabalho e, de outro, com as pesquisas recentes (revisão bibliográfica), visando determinar os componentes físicos, cognitivos e psíquicos do trabalho. As conclusões devem levar à proposição de modificações nos ambientes analisados. Para Fialho e

Santos (1995) esta fase de elaboração das recomendações é a razão de ser da análise ergonômica do trabalho. Assim sendo, algumas premissas básicas devem ser consideradas para o sucesso de uma intervenção ergonômica:

- Os objetivos do estudo devem ser discutidos e entendidos pelo conjunto das pessoas envolvidas no processo de trabalho (direção, gerências da empresa, organizações dos trabalhadores, supervisores e trabalhadores).
- A participação dos trabalhadores como um todo e principalmente daqueles que ocupam os postos de trabalho estudados é fundamental para uma boa análise da atividade, pois é através das verbalizações dos mesmos que o analista compreende as principais características da atividade, no que concerne às variabilidades, identifica representações que o operador tem do sistema técnico, familiariza-se com o vocabulário profissional e contribui também para validação do diagnóstico final.
- É fundamental o esclarecimento das respectivas responsabilidades dos diversos atores envolvidos no estudo com relação ao desenvolvimento dos mesmos e da utilização dos resultados.

Considerando que a prática de intervenção nos ambientes de trabalho no Brasil se dá historicamente através das inspeções e fiscalizações do Ministério do Trabalho, e que as ações de vigilância sanitária em ambiente de trabalho no país são ainda recentes, falar na metodologia da Análise Ergonômica do Trabalho aplicada às demandas dos serviços de vigilância em saúde do trabalhador parece inviável, principalmente considerando os limites que a própria metodologia coloca para aplicação em rotinas de serviços de vigilância em saúde.

A exigência de acesso aos dados referentes à produção, que a metodologia impõe, torna-se muito difícil, se não impossível, quando não houver o envolvimento da empresa. A identificação no serviço de vigilância sanitária do componente de fiscalização e, portanto, punitivo, impõe resistências por parte das empresas quanto ao

repassa dos dados necessários, estes muitas vezes são filtrados, influenciando nos resultados finais. Além disso, a necessidade de inserção no trabalho real, que a metodologia exige, demanda longa hora do analista dentro do processo de trabalho, o que é inviável para a realidade dos serviços que não dispõem de recursos humanos capacitados e em número suficiente para realização da atividade.

Portanto, a metodologia da análise ergonômica do trabalho impõe muitos limites, já que a mesma foi construída para ser utilizada pelas empresas, e não como alternativa para os serviços oficiais de vigilância à saúde, o que, todavia, não inviabiliza a utilização por parte destes dos conhecimentos gerados pela Ergonomia.

1.4.3 Os métodos de expressão dos trabalhadores

Alguns pesquisadores têm buscado conhecer o homem no trabalho em relação às condições do ambiente, em relação à organização do trabalho, utilizando para isso técnicas nas quais a palavra é dada aos trabalhadores para falar de suas vivências ou para relatar objetivamente a sua atividade de trabalho. Entre estes destacamos:

a) Os estudos empíricos e teóricos publicados por Dejours (1988a) e Dejours et alii (1994) respectivamente em psicopatologia do trabalho e recentemente com psicodinâmica do trabalho, têm investigado o *sufrimento* no trabalho, o qual implica num estado compatível com a normalidade mas que demanda numa série de regulações no sentido de lutar contra o adoecimento, luta que acontece dentro de uma determinada *organização do trabalho*, a qual é entendida não somente como divisão de tarefas entre os operadores, mas como divisão de homens, referente às relações humanas (Dejours, 1986, p.10). Porém, como tudo isso é um processo dinâmico, os sujeitos criam estratégias para se proteger. Este é mais um ponto da teoria de Dejours: explicar em que consiste estas estratégias, como são construídas como evoluem no coletivo.

Novas pesquisas e novos conceitos têm sido acrescentados à teoria, como a relação de prazer e sofrimento e de sofrimento criativo, o primeiro consistindo em explicações sobre os processos psíquicos mobilizados pelos operadores para criação, invenção, inovação entre outros com sofrimento transformando-se em mediador para a saúde; o segundo aparecendo quando todas as margens de liberdade e transformação, gestão e aperfeiçoamento da organização já foram utilizadas, tornando-se condutor de descompensação e de doença.

O método de investigação consiste na formação de grupos de trabalhadores, com o objetivo explícito de investigar os conflitos que surgem do encontro entre o sujeito, portador de uma história singular, com uma situação de trabalho cujas características são, na maioria das vezes, fixadas independente de sua vontade. A dinâmica se dará em torno da interpretação da fala e do silêncio dos trabalhadores, numa relação subjetiva entre pesquisadores e trabalhadores.

As técnicas se desenrolam num local identificado com o trabalho: a sala da comissão de fábrica, o sindicato, o restaurante da empresa e outros. A pesquisa reúne um grupo de trabalhadores que está a par do trabalho inicial e do objetivo da pesquisa.

O alvo da pesquisa é a relação do coletivo com o trabalho, os efeitos dos sistemas de defesa em relação ao sofrimento no trabalho. Visa ainda descrever as formas como age a organização do trabalho e seus efeitos nocivos sobre a saúde psíquica.

A pesquisa baseia-se numa solicitação que pode vir ou não de um grupo institucionalizado; em outras palavras, a demanda deve ser feita pelos próprios interessados.

b) A publicação de Teiger e Laville (1989) "*A expressão dos trabalhadores sobre suas condições de trabalho*", relatando a experiência como consultores e instrutores em Ergonomia a sindicatos e associações de classe na França ao longo de duas décadas, constitui-se em material de referência no sentido da formação dos

trabalhadores no campo da Ergonomia e do ponto de vista da compreensão do trabalho fora do *locus*. Demonstram a evolução das práticas pedagógicas desenvolvidas ao longo dos anos, aplicadas inicialmente através de aulas teóricas a grupos de trabalhadores, chegando a uma versão, em que se trabalha apenas com a descrição das atividades de trabalho dos mesmos. Os autores têm, como hipótese:

“O fato de começar a descrever a atividade de trabalho e seus efeitos sobre a saúde inicia [no trabalhador] um processo de pensar, cuja maturação prossegue ao longo de toda a sessão e segue provavelmente para a próxima”(p.11).

Os estudos são desenvolvidos no contexto de grupos de expressão sobre as condições de trabalho nas empresas, e sobre a extensão do campo de ação dos Comitês de Higiene e Segurança. Os autores declaram que *“não é suficiente dar ao trabalhador o direito e a ocasião de se exprimir para falar de sua atividade e de suas condições de trabalho”* (p.5), mas faz-se necessário respeitar certas condições e princípios como: interesse dos interlocutores a tudo o que é dito; uma referência constante dos elementos concretos, mesmo aqueles aparentemente insignificantes; mesmo as situações em que os trabalhadores falam generalizando, ou ainda aquelas em que não encontram palavras para expressar-se são valorizadas.

Os autores propõem romper com a formação institucionalizada para prevenção dos riscos à saúde, centrada em regras e normas excessivamente pontuais e parciais. Chamam a atenção para a necessidade do desenvolvimento de meios de análise das condições de trabalho que permitam um diagnóstico, bem como as proposições de transformações das ferramentas de diálogo-negociação com outros atores da empresa. Por outro lado, chamam a atenção para o fato de que na atividade os formadores colocam-se na condição de sujeito e objeto da pesquisa, e com isso correm o risco de perder o distanciamento necessário para uma análise isenta.

A metodologia envolve o corpo e o tratamento dos dados. O primeiro, compõe-se de arquivos com textos, figuras, dossiês, anotações pessoais registradas durante e após as reuniões, registro de algumas sessões e documentos elaborados nas diversas instâncias sindicais após as sessões, os quais fundamentam a análise. O segundo envolve um conjunto de documentos que tem permitido reconstituir o histórico das

formações, analisar a evolução das demandas sindicais com relação aos temas tratados, paralelamente à evolução das práticas pedagógicas e das ferramentas elaboradas.

Dentro do método, o registro das sessões tem como objetivos analisar as representações e conhecimentos atuais dos trabalhadores no que se refere à saúde, ao trabalho e suas condições; descobrir a evolução destas representações e seus modos de expressão ao curso das sessões, reconhecendo os momentos chaves desta evolução; a análise das interações entre os membros do grupo, mas também entre formadores e participantes, colocando em evidência e em confrontação conhecimentos e representações de uns e de outros, bem como dos métodos pedagógicos.

O método consiste essencialmente na análise da atividade de trabalho e suas conseqüências sobre a saúde psíquica, mental e social sobre o desempenho das competências, o que implica, então, não somente a participação mas também a formação dos trabalhadores.

c) As práticas de expressão dos trabalhadores servem de reflexão e de referência para o desenvolvimento da Análise Coletiva do Trabalho (A.C.T.), a qual tem proporcionado o desenvolvimento de diversas investigações a respeito da situação de diversos grupos: como “*agüentam*” trabalhando, apesar das más condições de trabalho; como se relacionam com as condições de penosidade ou de satisfação no cotidiano da atividade de trabalho; sem necessariamente adentrar aos locais onde a atividade acontece.

A metodologia, com denominação ainda provisória, vem sendo desenvolvida por pesquisadora do país. Trata-se de um método ainda em desenvolvimento, apresentando-se como desdobramento das várias experiências como ergonomista, conforme relata a autora, em vários centros de trabalho, tomando contato com centenas de trabalhadores e com dezenas de situações, das mais primitivas às mais sofisticadas. Parte da premissa de que “*a vida dos homens, seus atos, pensamentos e sentimentos são profundamente influenciados por seus trabalho*” (Ferreira, 1993, p.8).

Para Ferreira (1993), a Análise Coletiva do Trabalho constitui-se em uma abordagem de investigação dos sentimentos que o trabalho provoca e mobiliza no trabalhador. Tem como unidade básica de análise a atividade de trabalho, e como premissa básica a reconstituição da atividade de trabalho através da fala dos trabalhadores. Os pontos positivos do trabalho são valorizados na investigação e os pontos negativos são colocados como *atrapalhadores* do desenvolvimento do que é positivo.

O método é desenvolvido com os trabalhadores explicando ao pesquisador sua atividade de trabalho, e se consolida através de alguns pressupostos básicos:

- trabalha com grupos de trabalhadores e não individualmente;
- todos os participantes são voluntários;
- as reuniões são feitas fora do local e dos horários de trabalho;
- há pelo menos dois pesquisadores conduzindo as reuniões;
- a pergunta condutora é “*que você faz*”, que deve ser respondida o mais exaustivamente possível;
- é garantido o anonimato dos trabalhadores;
- pelas suas características a Análise Coletiva de Trabalho exige uma cooperação importante entre pesquisadores e trabalhadores.

Quanto às técnicas, pode haver uma ou mais reuniões sucessivas, com a duração média de noventa minutos, e as falas podem ser gravadas ou anotadas. Tem-se como resultados, em pouco tempo, um grande volume de informações e uma grande densidade de dados. O material coletado pode dar origem a inúmeras abordagens que podem ser analisadas sob o ponto de vista do conteúdo da atividade, dos resultados do trabalho, das exigências de produção, das relações interpessoais, do ambiente de trabalho (Ferreira, 1993. p.11).

A questão básica para quem trabalha com a saúde do trabalhador é conhecer as especificidades de quem trabalha e as especificidades do processo. Assim, ultrapassando a descrição fria e objetiva da situação das cargas e dos riscos a que estão

submetidos os trabalhadores, devem, também, investigar a subjetividade, principalmente como esses trabalhadores percebem a atividade e respectivas cargas e riscos, como se defendem e como valorizam de cada situação. Para o profissional é a oportunidade de conhecer o trabalho do ponto de vista de quem trabalha. As técnicas de expressão podem constituir-se em importante instrumento de vigilância à saúde do trabalhador – no que se refere à geração de informações junto aos trabalhadores que procuram o serviço de saúde do trabalhador –as quais podem ser complementadas posteriormente *in loco*.

CAPÍTULO 2

Procedimentos

2.1 A problemática

Inúmeros trabalhadores procuram diariamente os serviços de saúde pública de todo o país com as mais variadas queixas: doenças e agravos à saúde. Algumas, claramente relacionadas às condições de trabalho, outras, inespecíficas, passíveis de esclarecimentos.

A partir das vivências diárias dos técnicos nos Serviços de Saúde do Trabalhador, atendendo individualmente aos trabalhadores ou em ações de vigilância sanitária, tem sido constatada a existência de inúmeras situações para as quais o setor de saúde não se encontra metodologicamente preparado, principalmente no que se refere às abordagens capazes de transformar o relato dos trabalhadores em indicadores de intervenção nos ambientes de trabalho.

A problemática vai das queixas específicas, emitidas pelos trabalhadores, como: fadiga decorrente do ritmo intenso de trabalho, traduzidas na falta de sono, fraqueza, dificuldade de concentração, irritabilidade, desconforto pela presença de agentes físicos, químicos e biomecânicos; ou ainda as doenças profissionais diagnosticadas como as Lesões por Esforços Repetitivos, disacusias, intoxicações por agentes químicos dentre outras, e até queixas inespecíficas relacionadas ao sofrimento, que aparecem traduzidas nos pedidos de demissão por não mais “*agüentar*” o tipo de trabalho, ou pelo medo de estar *adoecendo*.

Outra situação encontrada, refere-se à negação dos constrangimentos, tratada no discurso de “*ir acostumando com as condições de trabalho*”. Por outro lado, dentro

desta mesma realidade, são inúmeras as situações em que, apesar das condições de adversidade detectadas nas avaliações técnicas, os trabalhadores continuam operando aparentemente sem desistir.

Como e por que estes trabalhadores adoecem ou, ainda, por que não adoecem apesar das adversidades e das más condições de trabalho são questões com as quais se deparam diariamente os técnicos do serviço de saúde do trabalhador.

Apesar de fazer parte de um contexto coletivo, a problemática, quando tratada pelo setor de saúde, ou é colocada no âmbito privado dos consultórios, ou reduzida ao tratamento estatístico e numérico das taxas de doenças profissionais, de acidentes de trabalho e dos riscos à saúde presentes nos ambientes de trabalho.

A vigilância à saúde do trabalhador, por sua vez, vem sendo realizada, com raras exceções, sem critérios metodológicos claros que propiciem a consolidação de um amplo sistema de informações, e proporcionem a identificação precoce dos problemas de saúde causados no processo de trabalho. Por outro lado, as inspeções sanitárias contam com informações filtradas e às vezes maquiadas, uma vez que as empresas não têm interesse em fornecer dados a quem as fiscaliza.

Toda essa situação precisa ser compreendida e encaminhada, se não na sua total complexidade, devido às dificuldades de transpor os muros do trabalho, mas naquilo que os serviços de saúde tenham a oferecer, atuando preventivamente nos processos saúde/doença/trabalho. Atuar com método sobre esta demanda que recorre sistematicamente aos serviços de saúde pública pode ser um importante passo.

2.2 Discussão do método

A escolha de um método de pesquisa deve estar vinculada à natureza do objeto e coerente com os objetivos por ela pretendidos.

Ao buscar investigar as metodologias de expressão das vivências do adoecimento e de sofrimento pelos trabalhadores no processo de trabalho, partimos de alguns pressupostos:

- A investigação teria de se dar fora do ambiente de trabalho, devido às dificuldades de acesso às informações, numa demanda gerada sem a participação da empresa. A formação de um espaço coletivo de expressão fora da empresa resolveria este tipo de problema.
- Através da participação de grupos de trabalhadores adoecidos no trabalho e não adoecidos estaríamos nos aproximando da demanda de um serviço de vigilância em saúde.
- A formação dos grupos de expressão representa um ensaio no sentido de contribuir, ainda preliminarmente, para o aprofundamento das reflexões sobre o desenvolvimento de instrumentos de análise e intervenção da situação de saúde no trabalho, atendendo assim demandas do setor saúde.

Nesse sentido, optamos por realizar uma pesquisa que possibilitasse a aplicação e discussão de algumas técnicas desenvolvidas através de algumas metodologias de expressão das vivências da atividade de trabalho e do adoecimento, visando contribuir para a construção de instrumento que subsidie as ações dos serviços de vigilância em saúde.

Alguns pesquisadores, nos últimos anos, têm desenvolvido estudos empíricos e teóricos, utilizando técnicas de trabalho em grupo para construir espaços onde os trabalhadores expressem coletivamente a maneira como estão concebidos e organizados os constrangimentos que favorecem o desencadeamento das doenças, bem como as estratégias de defesa contra o sofrimento e o adoecimento no trabalho. A revisão de alguns trabalhos permite adicionar alguns pressupostos teóricos para embasar o método a ser aplicado.

Os trabalhos de Teiger e Laville (1989) demonstram a evolução gradativa de práticas didático-pedagógicas, como a formação de grupos de expressão de trabalhadores. Através dos materiais trazidos pelos trabalhadores, é possível a reconstituição das atividades de trabalho e suas conseqüências sobre a saúde psíquica, mental e social dos mesmos.

Dejours (1988a) e Dejours et alii (1994), através dos estudos em psicodinâmica do trabalho, propõem a construção de um espaço onde as situações vivenciadas na atividade de trabalho individual sejam explicitadas no coletivo, em *entrevistas coletivas*, reunindo num local de trabalho comum vários trabalhadores que participavam voluntariamente da investigação. O resultado demonstra a capacidade de os trabalhadores, em grupos, reconstruir a lógica das pressões reais de trabalho, bem como as estratégias de defesa (principalmente coletivas) construídas contra os constrangimentos patogênicos e de sofrimento no trabalho.

Ferreira (1992, 1993, 1996) propõe, através da metodologia da Análise Coletiva do Trabalho, utilizando técnicas de reuniões em grupos, conhecer a atividade de trabalho sob diversos ângulos: do conteúdo da atividade, dos resultados do trabalho, das exigências da produção, das relações interpessoais no trabalho, do ambiente de trabalho e outros. Os resultados são reveladores quanto ao acesso aos sentimentos provocados pelo trabalho. A autora afirma que, em poucas horas de reunião, obtêm-se informações com um alto grau de emotividade, além de proporcionar ao trabalhador a oportunidade de falar sobre uma parcela importante de sua vida, o trabalho.

Para o setor saúde, utilizar esses tipos de abordagem significa abrir mão da análise estatística, tradicionalmente utilizada, para uma abordagem em que estejam envolvidas categorias de análise correlacionadas à problemática vivenciada no trabalho, de forma a proporcionar um espaço público de discussão em que os constrangimentos relacionados aos processos de adoecimento no trabalho possam ser discutidos e encaminhados.

Arent (1997, p.59), ao discutir a esfera pública, afirma que o termo “*público*” corresponde a fenômenos intimamente relacionados, mas não perfeitamente idênticos. O primeiro significa que “*tudo que vem a público pode ser visto e ouvido por todos e tem a maior divulgação possível*”, ou seja, determinadas situações são vividas na dimensão privada ou na intimidade; para que sejam compartilhadas, precisam, antes de tudo, de um momento onde a palavra ganhe espaço, onde a presença de outros transforme tudo isso em realidade.

Nessa concepção, as emoções, para parecerem públicas, precisam, antes de tudo, ser transformadas, ou seja, desobscurecidas, colocadas à aparição através da esfera pública, para então se constituírem em realidade (Arent, 1997, p.59).

Sobre a desprivatização e a desindividualização da palavra, e a adequação à aparição pública, a autora (p.60) afirma:

“Toda vez que falamos de coisas que só podem ser exprimidas na privacidade ou na intimidade, trazemo-las para uma esfera na qual assumirão uma espécie de realidade que, a despeito da intensidade, elas jamais poderiam ter tido antes”.

Tratando-se dos sentimentos, a experiência com a dor física desafia a aparição pública. Sendo um sentimento intenso, limítrofe entre a vida (no sentido de estar em companhia dos homens) e a morte, esta experiência é tão subjetiva e alheia ao mundo e às coisas humanas que priva o indivíduo da percepção da realidade, a tal ponto de impedi-lo de lhe dar forma adequada e torná-la aparente (Arent, 1997, p.60-61).

Quanto ao segundo fenômeno enumerado, a autora (p.62) discute a esfera pública “*como o significado do próprio mundo, na medida em que é comum a todos nós e diferente do lugar que nos cabe dentro dele*”. Este mundo não estaria identificado com a natureza, mas com aquele fabricado pelos homens através dos artefatos, produtos das mãos humanas, relações de troca dos que o habitam. Nele, identificamos a intermediação direta do trabalho, enquanto atividade humana e social, que transforma a natureza e cria coisas para conceber um espaço diferente do natural.

Sobre a desprivatização das falas dos trabalhadores, Dejours (1977, p.58) propõe a formação de um “*espaço de discussão*”. Nesse espaço são formuladas livremente e publicamente opiniões eventualmente contraditórias, voltadas essencialmente à deliberação coletiva. No melhor dos casos, possibilita alcançar o consenso, estando ligado ao conceito de espaço público onde as falas são ouvidas por todos.

Para o referido autor (p.59), o “*espaço de discussão*” do trabalho funciona à medida que os sujeitos possam compreender-se. Para que isso ocorra, apresenta três dimensões a serem consideradas:

- *inteligibilidade*, que passa necessariamente por romper com dissimetria do linguajar da prática e de fazer compreender-se, na sua experiência de trabalho, pelo outro;
- *sofrimento* e as defesas individuais e coletivas desenvolvidas contra o sofrimento no trabalho que se chocam diretamente com os esforços de visibilidade e de publicidade daquilo que acontece na atividade de trabalho, podendo influenciar na qualidade da comunicação e ocasionando distorções na análise;
- e a *autenticidade* da palavra expressada no espaço público, que passa necessariamente pela relação de equidade entre “*o ego que fala e o outro que escuta*”, o que pode ser interpretado como o risco de alguém falar coisas que o outro até então tinha ignorado ou subestimado, podendo conduzir quem escuta a uma desestabilização às vezes dolorosa e prejudicial à comunicação.

Para o referido autor (p.61), se permanecermos com o foco apenas na realidade individual para a análise do trabalho, o conceito de atividade é suficiente. Porém, quando nos deslocamos para a esfera coletiva de trabalho e estabelecemos as diferenças e distâncias entre a organização do trabalho real e a prescrita “*é necessário introduzir os elos intermediários da deliberação coletiva, da confrontação de opiniões e do espaço de discussão*”.

Visto sob este prisma, Dejours (1997) considera que o processo de trabalho não pode ser apreendido apenas pelas categorias tradicionais da produção, mas também através das categorias da ação no trabalho (visibilidade, confiança, julgamento, reconhecimento, discussão, racionalidade comunicativa). Portanto, para que ocorra uma análise do trabalho aproximada da atividade real, tais categorias precisam ser consideradas.

Para entender os fatores geradores dos constrangimentos e a gênese do sofrimento e adoecimento vivenciados pelos trabalhadores que demandam os serviços de saúde pública, torna-se necessário o desenvolvimento de uma ferramenta dinâmica e viável do ponto de vista metodológico da aproximação dos técnicos com a organização de trabalho, para compreender melhor o processo de sofrimento e adoecimento determinado pelo trabalho.

Considerando a ausência de metodologia própria, a problemática de saúde e as limitações que envolvem uma ação de análise *in loco* sobre os locais de trabalho, lançamos mão de algumas metodologias que possibilitam analisar os aspectos do trabalho real e sua relação com a saúde dos trabalhadores, sem necessariamente adentrar-se aos locais em tempo real.

Para tanto, buscamos estabelecer um “*espaço público*” de expressão dos trabalhadores, conforme definido por Arent (1997, p.59), procurando inspiração metodológica em alguns estudos empíricos e teóricos publicados por alguns pesquisadores do trabalho. Em Teiger e Laville (1989), encontramos os modos de expressão desenvolvidos em grupos de trabalhadores. Nos trabalhos de Dejours (1988a) e Dejours et alii (1994) sobre psicodinâmica do trabalho, encontramos referências nas questões relativas às estratégias de defesa, ao sofrimento e à relação com o adoecimento no trabalho. Nos estudos sobre a análise coletiva do trabalho, desenvolvidos por Ferreira (1992, 1993, 1996), buscamos interpretações a respeito dos sentimentos que o trabalho provoca, os constrangimentos e as obrigações presentes na atividade de trabalho descrita pelos trabalhadores.

As técnicas desenvolvidas pelos referidos pesquisadores apresentam características comuns como: o trabalho em grupos de expressão, o voluntariado, o anonimato, e a validação por parte dos trabalhadores para posterior publicidade. As referidas técnicas orientaram a realização da proposta de formação dos grupos de expressão que foram encaminhadas no desenvolvimento desta pesquisa.

Desta forma, não temos aqui a pretensão de apresentar um modelo definido, principalmente por tratar-se de um estudo inicial. Nesse primeiro momento, os interesses são as relações, para posteriormente se definir um quadro conceitual integrando conhecimentos anteriores e as relações encontradas no decorrer da experiência (Ferreira, 1988). Não nos baseamos em uma teoria única e definitiva; partimos de várias premissas que, ao final e no conjunto, refletem o método utilizado.

2.3 A preparação do estudo

As doenças e os distúrbios do sistema músculo-esquelético de natureza ocupacional têm recebido nas últimas décadas e em vários países diversas denominações. No Brasil, o termo Lesões por Esforços Repetitivos-LER é a denominação mais aceita na maioria das publicações científicas, debates, pelo movimento sindical e documentos oficiais (Pereira, 1992, p.33).

A recente publicação do Instituto Nacional de Seguridade Social-INSS denominada *Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT/LER)*, da Diretoria de Seguro Social, define este grupo de patologias do trabalho como uma “síndrome clínica”, caracterizada por dor crônica, acompanhada ou não por alterações objetivas e que se manifesta principalmente no pescoço, cintura escapular e/ou membros superiores em decorrência do trabalho (Brasil, 1998).

As Lesões por Esforços Repetitivos englobam várias entidades nosológicas que compreendem dois grupos principais: o primeiro refere-se às patologias, já bastante

estudadas, que envolvem comprometimento de estruturas músculo-tendinosas e nervosas específicas; o segundo, o mais freqüente, refere-se a quadros dolorosos que, inicialmente, podem não apresentar sinais físicos definidos, mas suas queixas são persistentes e a investigação das atividades laborais demonstra que estão associados aos grupos musculares mais utilizados ou submetidos à tensão estática e/ou posturas forçadas ou inadequadas (Pereira, 1992, p.33).

Em todo o mundo, as Lesões por Esforços Repetitivos acometem populações de trabalhadores de várias categorias. No Brasil, as demandas aos serviços públicos de saúde do trabalhador e as comunicações de acidentes de trabalho (CAT) registradas no INSS revelam que elas são mais notificadas nas categorias metalúrgica e bancária. Porém, não existem estudos sobre a prevalência das Lesões por Esforços Repetitivos. A única exceção é feita à categoria dos bancários, onde pesquisas em curso apontam para uma prevalência de 10% (Ribeiro, 1997b, 33).

Apesar da alta subnotificação dos dados oficiais, entendemos que estes poderiam oferecer um perfil das doenças do trabalho que demandam os serviços de saúde. Desta maneira, definiríamos o universo de adoecidos com os quais iríamos trabalhar durante a pesquisa.

Numa primeira aproximação, visando orientar a demanda dos grupos de adoecidos com os quais pretendíamos trabalhar, fomos buscar informações de incidência sobre as doenças do trabalho no município de Joinville, através das comunicações de acidentes do trabalho (CAT) registradas na agência do INSS daquele município, local escolhido para este trabalho.

Entre os anos de 1994 a 1996, as Lesões por Esforços Repetitivos aparecem como primeira causa entre as doenças do trabalho, com a seguinte distribuição: em 1994 foram registrados 20 (vinte) casos, que representavam 64.52%; em 1995, 19 (dezenove) casos, que correspondiam a 54.28%; e, em dezembro de 1996, 24 (vinte e quatro) casos, que significaram 75.00% (AnexoI).

A distribuição por empresa demonstrou uma predominância das Lesões por Esforços Repetitivos no setor industrial como mostram os dados a seguir: em 1994, 73.16% dos casos estavam concentrados em duas empresas, uma fabricante de compressores elétricos, com 41.46% dos casos, e a outra com 31.70%, fabricante de eletrodomésticos; em 1995, a empresa fabricante de compressores concentrava 57.80% dos casos e os demais estavam distribuídos entre diversas empresas de vários ramos de atividade; em 1996, a empresa fabricante de compressores diminuiu para 18.75% dos casos e os demais estavam pulverizados entre 12 (doze) empresas de diversos ramos, sendo 8 (oito) indústrias (AnexoI).

Continuando a análise das comunicações de acidentes do trabalho, durante o ano de 1996 encontramos 32 (trinta e dois) trabalhadores, dentre os quais verificamos que 6 (seis), 18.75%, eram operadores de produção; os demais distribuíam-se entre as atividades de operador de máquina, talhadeira, vazador, chapeador, servente, agente administrativo, assistente administrativo, montadora de componentes, operadora de qualidade, escriturária, ferramenteiro, operador de esmeril, soldador, caixa bancário, almoxarife (AnexoI). Os dados revelados demonstravam predominância total entre os trabalhadores que executavam o trabalho industrial.

Estes primeiros levantamentos localizando a predominância das Lesões por Esforços Repetitivos definiram o universo dos trabalhadores a serem pesquisados.

Visando ampliar o universo de pesquisa no período de julho e agosto de 1996, procuramos junto à Perícia Médica e Núcleo de Reabilitação do INSS pacientes em benefício. Encontramos 19 (dezenove) trabalhadores em afastamento com Lesões por Esforços Repetitivos durante o período levantado. Os mesmos exerciam atividades de montadores de componentes, operadores de produção, escriturária, costureira, analista de sistemas. Chama a atenção o fato de que 20% (vinte) desses trabalhadores não tinham registro como doença do trabalho e encontravam-se em auxílio doença.

Levantados os dados das doenças do trabalho no Serviço de Saúde do trabalhador, constatamos que, a partir de 1996, inicia-se a maior demanda de

trabalhadores com Lesões por Esforços Repetitivos ao ambulatório médico. No período de 1994 a 1995 foram atendidos 5 (cinco) pacientes e, em 1996, foram atendidos 12 trabalhadores suspeitos, dos quais 100% confirmaram o diagnóstico, havendo um crescimento de adoecidos por Lesões por Esforços Repetitivos entre os trabalhadores atendidos, durante os anos pesquisados.

Salienta-se que entre 1994, data do início das atividades de vigilância em saúde, até 1995, a demanda deste ambulatório dava-se quase exclusivamente por conta das ações de vigilância sanitária. Uma demanda, portanto, estimulada e voltada para o monitoramento dos trabalhadores, os quais apresentavam queixas inespecíficas de dores.

É importante esclarecer que a demanda espontânea ao Serviço de Saúde do Trabalhador está determinada por fatores de diversas ordens, que incluem desde os determinantes gerais do acesso aos serviços de saúde, às questões específicas relativas à própria natureza do serviço público especializado em saúde do trabalhador, que tem como função principal a vigilância e fiscalização através da intervenção nos ambientes do trabalho. O atendimento individual para realização do diagnóstico clínico estaria na complementação destas ações.

Assim, para que o trabalhador procure este serviço, faz-se necessário, dentre outros fatores: primeiro, que relacione sua doença com seu trabalho ou seja encaminhado por um outro serviço de atenção médica, ou ainda pelos sindicatos; segundo, que o trabalhador, ou estas instituições saibam da existência deste serviço, que no município é recente; um terceiro, que não existam temores por parte dos trabalhadores quanto às conseqüências trabalhistas e previdenciárias que o diagnóstico de uma doença do trabalho pode acarretar, o que na maioria dos casos ocorre somente diante da demissão ou quando não há mais condições para o desempenho do trabalho.

No caso das Lesões por Esforços Repetitivos estas questões ganham relevância devido ao desconhecimento da doença e sua relação com o trabalho por parte de médicos, demais profissionais de saúde e de segurança do trabalho, bem como dos

trabalhadores. Aliado a tudo isso encontramos o modelo tradicional de atenção à saúde que ignora o trabalho como causa de adoecimento, bem como a postura empresarial de resistência ao reconhecimento da existência da doença.

2.4 Os objetivos

A partir do entendimento do trabalho como determinante sobre o processo saúde-doença e de que a doença pelo trabalho envolve fatores objetivos e subjetivos, nosso estudo objetivou, principalmente, a construção de um espaço de expressão onde a palavra ganhe espaço e as vivências individuais no trabalho real sejam desprivatizadas e compartilhadas pelo coletivo.

A formação dos grupos de trabalhadores adoecidos por Lesões por Esforços Repetitivos, afastados e não afastados do trabalho, dentro do serviço público de vigilância em saúde objetiva a construção de um conhecimento coletivo sobre a trajetória do adoecimento no trabalho, passando necessariamente pela expressão dos constrangimentos e do sofrimento.

A formação dos grupos de trabalhadores não adoecidos, através de um ensaio preliminar dentro do ambiente da empresa, objetiva ampliar o universo do estudo no sentido de comparar diferentes momentos das vivências do processo de trabalho, passando necessariamente pela reconstituição da atividade de trabalho, na qual poderão estar presentes expressões dos limites impostos por sua organização.

Os resultados objetivam, de um lado, subsidiar as ações de vigilância em saúde do trabalhador com relação à compreensão e à análise do sofrimento e do adoecimento no trabalho; de outro, torná-la pública para contribuir no desenvolvimento do conhecimento acadêmico numa área prioritariamente de intervenção.

2.5 Hipóteses

Contextualizado o problema e formulados os objetivos, levantamos algumas hipóteses as quais pretendemos perseguir:

A partir da demanda de queixas de trabalhadores recebida pelo serviço de saúde é possível a construção de um espaço coletivo de expressão capaz de refazer a trajetória das violências vividas pelos trabalhadores, resultando num instrumento dinâmico que sirva de subsídio a ações de saúde pública.

A abordagem de construção do espaço de discussão não permite ao pesquisador antever os resultados da pesquisa; então novos objetivos e novas hipóteses necessariamente terão que ser construídos durante as várias aproximações com o objeto no transcorrer da pesquisa.

2.6 Metodologia utilizada

A pesquisa foi conduzida em duas etapas, baseada nas premissas de que ao serviço de vigilância em saúde demandam trabalhadores adoecidos pelo trabalho, em processo de adoecimento e ainda não adoecidos, de diversos tipos e ramos de atividade.

Na primeira etapa, foram realizados levantamentos estatísticos das doenças profissionais registradas nas CATs, no INSS, de janeiro/1994 a julho/1996, em Joinville, com objetivo de levantar a incidência e o tipo de doenças registradas nos dados oficiais.

Os dados de 1994 e 1995 foram coletadas diretamente no Setor de Acidentes do Trabalho do Posto do INSS, de Joinville, e os de 1996 levantados através do programa SISCAT, no banco de dados do Serviço de Saúde do Trabalhador (SUS/Joinville), coincidindo com a implantação da informatização efetiva das CATs pelo mesmo.

Através deste dados foram identificadas as Lesões por Esforços Repetitivos como principal causa de doenças profissionais nos anos analisados.

Em seguida, buscamos as informações sobre os trabalhadores adoecidos por Lesões por Esforços Repetitivos através dos seguintes dados: nome, endereço completo, nome da empresa, diagnóstico, registro ou não da doença profissional, afastado ou não do trabalho. Foram selecionados os registros do ano de 1996 através do programa SISCAT e iniciado o levantamento em julho, complementando as informações mês a mês até dezembro do referido ano; revisão dos prontuários médicos dos pacientes atendidos no Serviço de Saúde do Trabalhador, de 1994 a 1996; levantamento dos trabalhadores em benefício no Núcleo de Reabilitação Profissional e Perícia Médica da agência local do INSS entre julho a setembro de 1996.

A segunda etapa, que se refere à formação do espaço público de expressão, foi dividida em duas fases. A primeira fase, dividida em dois momentos, refere-se à formação dos grupo de Lesões por Esforços Repetitivos. A participação nesses grupos foi condicionada a alguns critérios:

- ser voluntário;
- ter vivido um período prolongado da doença;
- ter passado por afastamentos do trabalho.

No primeiro momento, buscamos manter o contato com os trabalhadores com Lesões por Esforços Repetitivos, identificados anteriormente, através de visita ao domicílio e contato telefônico, visando à formação dos grupos de adoecidos. Neste momento, era explicado o objetivo da pesquisa e formulado o convite para compor um grupo de trabalhadores que iriam dar seus depoimentos sobre suas vivências das condições de trabalho e de adoecimento. As datas para a realização das atividades dos grupos de expressão eram agendadas neste primeiro contato, caso o trabalhador manifestasse interesse em participar.

No segundo momento, os trabalhadores foram divididos em três grupos de expressão:

- primeiro (grupo 1) foi formado a partir dos trabalhadores em benefício previdenciário;
- segundo (grupo 2) a partir de pacientes que demandavam o Serviço de Saúde do Trabalhador;
- e o terceiro (grupo 3) formou-se a partir do convite de colegas e da procura espontânea de algumas pessoas.

Dois grupos trabalhavam na empresa fabricante de compressores elétricos, identificada anteriormente nos registros das CATs; estes desenvolviam atividades diversas em vários setores, alguns encontravam-se no momento nas atividades de reaproveitamento. O terceiro grupo foi constituído por trabalhadores de diversas empresas, de diversas atividades de trabalho, afastados do trabalho, em benefício no INSS.

Os encontros foram realizados nas dependências do Serviço de Saúde do Trabalhador (SUS/Joinville), com os adoecidos, e na empresa com os não-adoecidos. Com frequência semanal e tempo médio de 2 (duas) horas, e a duração de 3 (três), 4 (quatro) e 6 (seis) semanas, totalizando 6 (seis), 8 (oito) e 12 (dozes) horas respectivamente.

A segunda etapa, dividida em dois momentos, refere-se à formação dos grupos de trabalhadores não adoecidos e a participação nos mesmos foi condicionada aos seguintes critérios:

- ser voluntário;
- não apresentar queixa referida de problemas de saúde relacionados ao trabalho;
- fazer parte do mesmo setor de trabalho operando em linha de produção.

No primeiro momento, buscamos contato com a direção de uma empresa fabricante de carrocerias de ônibus, para realizarmos a coleta de dados através da formação de grupos de trabalhadores na linha de produção. A referida empresa foi escolhida devido à disponibilidade manifestada em estudo anterior.

Definido pela empresa o setor a ser pesquisado, o contato e o convite aos trabalhadores foi realizado durante reunião diária que antecedia o início da jornada de trabalho. Neste momento, eram explicados os objetivos da pesquisa, levantado os nomes dos trabalhadores voluntários e agendadas as reuniões.

No segundo momento, formaram-se dois grupos de trabalhadores. Ambos pertenciam ao setor de pintura da empresa de carrocerias de ônibus, um do turno matutino (das 05:00 às 14:46h) e outro do turno vespertino (das 14:46 às 00:16h). Os encontros foram realizados nas dependências da empresa, antecedendo a jornada de trabalho.

Na primeira sessão com todos os grupos, era feita, por parte da pesquisadora, a explicação da técnica da pesquisa, eram expostos os objetivos das reuniões e esclarecidos alguns pontos:

- o anonimato seria garantido;
- as sessões seriam gravadas desde que fossem autorizadas pelos presentes;
- poderiam desistir a qualquer momento;
- a presença não era obrigatória durante a continuidade do processo, porém facilitaria a dinâmica do grupo;
- não se tratava de terapia de grupos;
- não havia promessas de mudanças.

Na seqüência dos encontros, era lido o relatório da reunião anterior, submetido à aprovação do grupo e acordado o tempo aproximado de duração daquela sessão. Esclarecia-se que, caso necessário, poderiam utilizar outras formas de expressão como desenhos, gestos, esquemas para melhor comunicação do que desejavam expressar.

Os trabalhos eram conduzidos basicamente pelos participantes, o principal papel da pesquisadora era o de estimular e mediar as intervenções para criar um ambiente favorável para a expressão das falas, gestos e outras manifestações das vivências sobre a atividade de trabalho e das trocas de sentimentos e emoções que pudessem surgir no momento.

Todas as sessões foram gravadas, alguns gestos e manifestações posturais eram anotados e acrescentados ao relatório; o mesmo se fazia com desenhos e maquetes que eram trazidos pelos participantes.

Todas as reuniões foram transcritas e o texto apresentado aos participantes da sessão seguinte para apreciação e validação do grupo. Este procedimento metodológico teve, pelo menos, dois objetivos: um primeiro, corrigir erros de gravação, transcrição e digitação que podem ocorrer. O segundo, de ordem ética: o material coletado durante as reuniões compõe-se das falas dos trabalhadores e, antes que a palavra se torne pública através do texto, ela precisa ser reconhecida pelos seus autores.

Com um dos grupos não foi possível uma última reunião de validação. Então, o relatório final foi entregue às pessoas individualmente, coletadas as opiniões e feitas as alterações. Para a empresa, foi encaminhado um relatório final à diretoria, após validação dos trabalhadores.

CAPÍTULO 3

Resultados

3.1 Considerações iniciais

O espaço de discussão propiciado pela metodologia aplicada possibilitou a criação, mesmo que temporária, de um espaço público variado, onde a palavra foi o elemento principal de comunicação, porém não como a única forma de expressão; outros recursos e manifestações ocorreram para reforçar a palavra e ampliar a compreensão mútua no grupo.

Entre os adoecidos, fotografias dos processos de trabalho, publicações e recortes de jornais a respeito dos prêmios de produtividade conquistados pela empresa foram trazidas; laudos médicos e exames também eram mostrados como forma de reforçar o que estava sendo dito a respeito do diagnóstico e do tratamento. Entre os não adoecidos, projetos, desenhos, relatórios foram mostrados para reforçar as descrições.

A comunicação não se estabelecia imediatamente; pelo contrário, no início ficavam surpresos e apreensivos, mas, à medida que iam falando, descobriam que falar de seu trabalho e ter alguém para escutá-los era uma experiência não vivida anteriormente e com ela se abria um espaço importante de cumplicidade para descobrir, individual e coletivamente, uma série de vivências importantes que até então vinham sendo “*guardadas*” na intimidade.

Ao final do processo, o material produzido é rico, complexo e com resultados diferentes. Optamos por apresentar os resultados dos grupos de adoecidos e não-adoecidos em momentos diferentes.

Cada grupo e cada reunião diferencia-se da outra, porque as pessoas são diferentes e também porque vivenciam o trabalho de forma diferente. Os grupos de adoecidos inseridos na pesquisa mas que permanecem em atividade na empresa falam da perda da capacidade para o trabalho decorrente do processo de adoecimento, dos riscos e do sofrimento mental a que foram submetidos; os trabalhadores adoecidos, porém em afastamento na previdência, insistem em falar do sofrimento decorrente do adoecimento e das relações com o INSS; os grupos de trabalhadores não-adoecidos, por sua vez, descrevem as tarefas individuais no trabalho e apontam alguns constrangimentos, alguma experiência, o trabalho do corpo e os sentimentos em relação a gostar e a não gostar de estar trabalhando.

3.2 A formação dos grupos de expressão

3.2.1 Os grupos de trabalhadores adoecidos

Grupo 1

Reuniu-se de novembro a dezembro de 1996. Era formado por cinco trabalhadores, sendo três mulheres e dois homens.

Todos afirmam serem portadores de Lesões por Esforços Repetitivos, afastados do trabalho, em benefício na Seguridade Social, exceção de um trabalhador em alta da perícia médica e demitido da empresa em que trabalhava. O tempo de afastamento do trabalho variava entre dois meses a três anos.

Trabalhavam em atividades e empresas diferentes: uma costureira de malharia, uma escriturária fiscal de malharia, uma operadora de linha de produção de indústria de medicamentos, um analista de sistemas de empresa de informática e um montador de componentes de fabricação de carrocerias de ônibus. O tempo de trabalho na atividade varia entre nove anos a vinte anos.

O grupo prioriza as discussões sobre as situações vivenciadas no momento presente, ou seja, o adoecimento, o início dos sintomas, os conflitos e as relações com a Perícia Médica da Seguridade Social. As limitações impostas pela doença para realizar as atividades cotidianas também são privilegiadas; as expressões de sofrimento tanto no que se refere ao trabalho, quanto no cotidiano têm predominância nas falas.

O retorno ao trabalho é discutido apenas na perspectiva da manutenção ou não do benefício do INSS. A cura da doença ou a melhora do sofrimento não são contemplados nas falas. Quando falam sobre o futuro, tanto do ponto de vista do trabalho profissional, quanto das atividades cotidianas, entendem que a doença tende a piorar, acreditam também que as limitações com o passar do tempo serão ampliadas.

Grupo 2

Reuniu-se de setembro a novembro de 1997. Formado por oito operadores de linha de montagem de componentes, sendo sete mulheres e um homem. Todos portadores de Lesões por Esforços Repetitivos, apresentando um ou mais diagnósticos em ambos os membros – síndrome do túnel do carpo, tendinite de ombro e mão, epicondilite e outros – cinco pessoas fizeram uma ou mais cirurgias.

Todos trabalhavam na mesma empresa no momento em que iniciaram os sintomas do adoecimento. Seis mulheres trabalhavam no setor de montagem de estatores, nas atividades de operação de máquinas de bobinagem de fios, bandageamento e grampeamento, montagem manual de cabos, ordenação da fiação, montagem de componentes, revisão e controle de qualidade; uma mulher trabalhava na montagem do compressor, colocando componentes; o homem trabalhava como operador de máquina no setor de usinagem, na fabricação do eixo do compressor.

No momento das reuniões, seis pessoas encontravam-se em *reaproveitamento*, afastadas da linha de montagem; duas trabalhadoras estavam afastadas, sob o amparo da Previdência Social. Cinco pessoas tinham sido registradas junto ao INSS como portadoras de doença do trabalho; três não tinham registro. Destes, um operador de

máquinas refere que, após o registro, tanto os médicos da empresa como os peritos do INSS insistiam em descaracterizar onexo com o trabalho, em virtude de o mesmo ter tido leucemia. Uma das trabalhadoras afastadas o registro feito pelo SUS, e duas trabalhadoras não tinham registro.

Durante as reuniões, o grupo não fala de prazer no trabalho, são consenso a dor e o sofrimento. O processo de trabalho é referido apenas quando são citados os problemas encontrados para desenvolver a atividade, antes e após o adoecimento. A maioria das falas estão centradas nas conseqüências das relações interpessoais e interinstitucionais, bem como nas vivências da sintomatologia e nas conseqüências das limitações pessoais impostas pela doença.

Apesar de administrativamente continuarem vinculados ao setor em que trabalhavam antes do afastamento, a atividade para qual foram remanejados pelo reaproveitamento é pouco referida; onde adoeceram ainda é a referência para as discussões.

Grupo 3

Reuniu-se de outubro a dezembro de 1997. Constituído por sete trabalhadores, sendo seis mulheres e um homem, todos da mesma empresa fabricante de compressores elétricos. Trabalhavam em linha de montagem, sendo que as seis mulheres desenvolviam atividades no mesmo setor de montagem de estatores, nas atividades de enrolação, ordenação de fiação, colocação de bandagens, montagem de componentes; o homem trabalhava no setor de pré-montagem do compressor, na atividade de colocação de componentes. Todos encontravam-se em atividades de *reaproveitamento* no momento das reuniões, em setores diversos, exceto uma trabalhadora afastada pela previdência.

Todos são portadores de Lesões por Esforços Repetitivos, com um ou mais diagnósticos – tenossinovite do supra espinhoso e da mão, síndrome do túnel do carpo, epicondilite, – sendo que quatro fizeram uma ou mais cirurgias nas mãos e ombro.

Todos ingressaram na empresa na linha de produção, e iniciaram com os sintomas trabalhando no mesmo setor, exceto uma trabalhadora que relata ter percebido os primeiros sinais na pré-montagem de compressores, passando a trabalhar posteriormente no setor de estatores.

O ingresso no trabalho é pouco explorado pelo grupo, os momentos que antecedem o aparecimento da doença são desvalorizados, os conflitos, pressões e ansiedades vividas nessa fase são omitidos, parecem não fazer parte do contexto. As tensões e o início dos primeiros sinais de dor e de sofrimento, a *via-crucis* na busca do diagnóstico e o reconhecimento da doença, bem como as limitações impostas ao trabalho são o foco predominante nas falas destes trabalhadores.

Nas duas primeiras reuniões, alguns trabalhadores apresentavam dificuldades para organizar suas falas de modo inteligível aos demais e à pesquisadora, mas à medida que vão expressando suas experiências, durante as reuniões, observa-se a formação de um espaço de discussão propício às trocas, percebe-se então uma maior organização da comunicação.

3.2.2 Os grupos de trabalhadores não adoecidos

Reuniram-se em dois grupos, de setembro a dezembro de 1996. Cada grupo formado por sete trabalhadores, os quais desenvolviam atividades em linha de montagem de uma fábrica de carrocerias de ônibus. Todos do setor de pintura, denominado de primeira e segunda cor. Desenvolviam atividades como pintores, esquematizadores e letristas. Com supervisores diferentes, porém inseridos na mesma organização e em atividades de trabalho teoricamente semelhantes, não apresentando queixas de adoecimento.

Todos pertenciam ao sexo masculino, com idades de vinte e um a trinta e seis anos, para o turno da manhã, e vinte e três a trinta e quatro anos no turno da tarde. O

período de trabalho na empresa variava de um ano e seis meses a quatorze anos. Todos apresentaram-se voluntariamente para falar de seu trabalho.

3.3 Com a palavras os trabalhadores adoecidos

Para os adoecidos, desde a primeira reunião, o adoecimento tem um papel central nas discussões, e as Lesões por Esforços Repetitivos servem de ponto de identificação entre as pessoas. Através das falas, identifica-se um resultado de expressões que marcam uma trajetória: à medida que a doença vai se agravando, o sofrimento vai se transformando e cada etapa é marcada por uma maneira expressão. Inicia ao reconhecer-se doente e não estar sendo reconhecido; passando pelas perdas por estar ou ter ficado afastado do trabalho; de retornar ao trabalho e não dar conta da produção, que vem associado ao sentimento de ser rejeitado pelos colegas e ser transferido para atividades ainda mais monótonas e desqualificadas.

Nessa trajetória, as situações de constrangimento são apresentadas e discutidas, porém na perspectiva das situações de risco de adoecimento. Quando tratam do processo de trabalho preferem enfocá-las numa clara relação com o adoecimento.

A descrição da atividade é estimulada através da pergunta: “*o que você faz?*”, “*como você faz seu trabalho?*”. As respostas são formuladas de forma diferenciada pelos grupos, como veremos a seguir. Os modos operatórios são demonstrados das mais variadas formas, através de gestos, desenhos ou descrição verbal e são explorados ao longo da pesquisa.

Na dinâmica dos grupos dois e três, a atividade de trabalho é detalhada e, neste detalhamento, um trabalhador complementa a informação do outro. A descrição está permeada por um conteúdo emocional importante, diferindo de uma descrição técnica. As narrativas estão relacionadas à presença das dores, da fadiga e da capacidade do corpo de “*agüentar ou não agüentar*” produzindo. Observa-se uma seleção das atividades a serem descritas. Apesar de terem vivenciado outros postos de trabalho, há

um detalhamento maior daqueles nos quais sentiram os primeiros sinais do adoecimento e de sofrimento.

O processo de trabalho descrito pelos trabalhadores do grupo dois e três está dentro de uma organização em linha de montagem manual, mecanizada, alguns postos de trabalho semi-automatizados e outros automatizados.

Organizada de forma parcializada, repetitiva, em ritmo contínuo, com a produção diária pré-determinada pelo setor de vendas. Falam que trabalham sob um sistema de puxar a produção, operando com estoque mínimo, onde tudo o que é produzido está previamente vendido.

Algumas atividades de trabalho descritas por esses grupos são inteiramente manuais, mas sincronizadas com outras em máquinas automatizadas, deixando clara a heterogeneidade de um sistema técnico em transição.

A produtividade e a qualidade é controlada por um líder de linha ou um supervisor de área, numa expressão clara do modo de organização taylorista, em que o comando da produção estaria dissociado da execução. Esse níveis hierárquicos são frequentemente citados como expressão das pressões da empresa sobre os trabalhadores, exceção feita a um trabalhador que discorda.

Durante as reuniões, diversos temas foram discutidos e, para facilitar a apresentação, dividiremos os resultados entre os principais temas:

- Trabalho pesado
- Pressão temporal
- As relações no trabalho: competição
- O reconhecimento do problema
- O diagnóstico
- A relação com serviço médico
- A trajetória do sofrimento

- Incapacidade para o trabalho
- Incapacidade para a vida

3.3.1 O trabalho pesado

Alguns postos de trabalho são descritos repetidamente como mais ou menos pesados, tanto em relação ao processo da produção quanto às exigências ao corpo e as respostas dada pelo mesmo. A relação com o labor, no sentido definido por Arent (1997), aparece com frequência e deste com o sofrimento. A definição de "*pesado*" não aparece com precisão.

Os dois grupos de trabalhadores da fábrica de compressores descrevem com maior detalhamento os postos de trabalho que classificam como mais e menos "*pesados*". Definem, em relação aos constrangimentos, a necessidade de atender a crescente aceleração da produção, a modificação no peso das peças, a introdução de máquinas automatizadas, o grau de treinamento do corpo, o fato de não poder sair do posto de trabalho; o grupo dos trabalhadores afastados, por sua vez, associa o trabalho pesado à rapidez imposta para o cumprimento das atividades e as dificuldades do tempo, com jornada extra necessária para atender a produção.

A análise dos condicionantes dos problemas expressados pelos grupos nestes setores revela a condição de labor do corpo, sem menção ao trabalho mental. As falas estão frequentemente centradas nos movimentos musculares dos membros superiores ou na força física para levantamento de peso, as soluções apontadas não fogem àquelas dadas pela empresa, como revezamento de posto de trabalho.

Os trabalhadores da fábrica de compressores descrevem com maior detalhamento as atividades de trabalho do que o outro grupo; a descrição é feita tanto em relação aos postos mais pesados quanto aos menos pesados. Estes resultados podem

ser explicados devido à relação com os constrangimentos encontrados e a trajetória do sofrimento.

Tais participantes descrevem o setor de estatores como o setor responsável pela fabricação do “*coração*” do compressor, numa referência à responsabilidade pelo produto a ser fabricado. Apenas alguns postos de trabalho nesse setor são identificados como os mais penosos e relacionados aos constrangimentos do trabalho: a prensa que faz a prensagem do cabo da fiação é um exemplo; essa atividade é apontada como uma das “*mais pesadas*”, referindo-se ao ritmo acelerado. O fato de existir apenas uma máquina para toda a linha também é destacado como um fator “*estressante*” presente neste posto de trabalho, numa clara relação ao labor do corpo. A atividade também é descrita em relação à repetitividade dos movimentos, ao peso das peças e ao volume de peças na linha.

Outro exemplo é a “*colocação da capinha*”, em que ponteiras de plástico para a proteção da fiação são colocadas. Esta atividade é apontada como “*um pouco mais leve*” em relação ao peso das peças, uma vez que os trabalhadores não necessitam levá-las da esteira. Mas o ritmo é sempre referido como intenso em todos os postos de trabalho.

O setor de montagem de compressores também é descrito através de seis operações, que são detalhadas pela operadora do setor com gestos simulando a operação. A mesma enfoca as exigências das posturas de trabalho e as dores no corpo que têm conseqüências para a vida do(a) operador(a). Na continuidade da descrição, destaca o desconforto da postura que provoca impacto sobre o corpo, isso é apontado como condição de sofrimento. O grupo três apresenta algumas divergências quanto às posturas neste mesmo posto de trabalho, demonstrando que apesar da padronização, encontram pequenas formas de regulagem na busca de adaptação às condições impostas.

“A gente não ficava bem à vontade sentada, ficava de mal jeito, doía o braço, doía as pernas, doía tudo...”

No setor de descarga, a atividade é descrita em detalhes e relacionada aos fatores de risco presentes no ambiente de trabalho, às exigências de produção e aos danos à saúde. É tratada como “*pesada*”, decorrente do abastecimento de duas estufas, cujo

processo foi assim descrito: as peças são retiradas das caixas e colocadas em bandejas para serem introduzidas nas estufas com as mãos, o que é destacado como fator de risco de choque térmico. São introduzidas as duas mãos nas estufas para colocação e retirada das bandejas. O resfriamento das peças é feito através de jatos de ar comprimido, o que é destacado como prejudicial à saúde devido à troca brusca de temperatura.

O fato da mão doer e inchar frequentemente durante e após o trabalho é relacionado às condições descritas, acrescida, ainda, a necessidade de ter de carregar caixas pesadas com peças até a linha de montagem. O peso é relacionado não somente com as dificuldades de erguer uma quantidade de peças ao mesmo tempo, mas também com o processo de manipulação das mesmas.

“Era pesado, tinha que trocar as estufas, trocar as estufas, tinha que pegar as caixa e colocar na bandeja. Eram duas estufas.”

A mesma trabalhadora continua a descrever as atividades e relacioná-las aos impactos sobre o corpo e estes aos sintomas do adoecimento.

“Tinha que colocar as duas [mãos] ali dentro daquele calor depois quando trocava tudo (...) elas estavam quentes, nós iamos passar o jato, o ar comprimido, como se fala, aquilo passávamos com a mão quente, (...) foi onde deu o choque térmico que a minha mão não arrumou mais os dedos, inchava doía tudo.”

Quanto ao setor de usinagem onde é fabricado o eixo do compressor, a atividade é descrita sob o ponto de vista restrito das exigências biomecânicas. O trabalhador acredita que realiza sua atividade *“forçando mais a mão direita que a esquerda”*, pois com a direita mede, trava na máquina e coloca a peça dentro do *container*. A mão esquerda apenas auxilia no encaixe da máquina, da retirada e transporte da peça. Atribui a dor no ombro direito à sobrecarga decorrente do fato de trabalhar com os braços posicionados em ângulo acima de quarenta e cinco graus, que segundo o mesmo *“força muito os braços para alcançar e encaixar a peça na máquina”*, ressaltando, ainda, o esforço de produzir entre duzentas e cinquenta, trezentas, até trezentas e vinte peças por hora durante uma jornada não inferior a oito horas de trabalho:

“(...) aquela época era produção ali, não queriam nem saber, quanto mais fazia, mais eles queriam (...)”.

No processo descrito, alguns fatores são apontados como *impedidores* do trabalho. Referem-se ao cansaço generalizado antecedendo as dores, este aparece frequentemente antes e após a jornada de trabalho; para outros, dor e fadiga confundem-se durante a atividade e estariam relacionadas ao trabalho pesado.

3.3.2 Pressão temporal

O ritmo é destacado pelos trabalhadores da linha de montagem através do número de peças colocadas na esteira para serem processadas durante o turno de trabalho ou pelo número de peças a serem costuradas, ou ainda, no número de pontos a serem soldados; o ritmo é, pois, traduzido pela expressão “*pesado*”. Os trabalhadores de digitação relacionam os constrangimentos ou a caracterização de “*pesado*” ao volume de trabalhos processados aliado à extensão da jornada de trabalho.

A intensificação do ritmo na linha de produção é referida quando descrevem o preciso e contínuo sincronismo entre uma máquina e outra: o aumento na produção de uma máquina significa necessariamente a aceleração da outra para acompanhá-la. As peças não “*vencidas*” são imediatamente colocadas em *containers* para serem trabalhadas durante o mesmo turno de trabalho, aumentando conseqüentemente o volume de peças produzidas.

Fazem a relação do ritmo com repetitividade, descrevendo o ciclo de trabalho: pegam uma peça na linha, processam e recolocam, tudo com muita rapidez para voltar a trabalhar a peça seguinte, e assim sucessivamente durante toda a jornada.

A aceleração do ritmo é expressada como “*angustiante*” e definida como “*pesada*”. O volume de trabalho é visualizado através da esteira “*cheia*”. A alta repetitividade é caracterizada pela expressão: “*era uma peça encostadinha ao lado da outra*”.

A fadiga é generalizada, esta é sentida relacionando as conseqüências da rapidez da linha às sensações sobre o corpo as quais invadem a vida fora do trabalho.

“Quando chega no final do dia, você não consegue mexer o braço nem para tomar banho quando chega em casa, dá vontade de se jogar e não mexer mais, porque é rápido.”

As pausas previamente determinadas são motivos de tensão, pois aumentam a pressão do tempo sobre as pessoas. Para dois grupos as idas ao banheiro, prescritas em cinco minutos, uma vez antes e outra após o intervalo para lanche, com horários previamente determinados, são percebidas como motivos de mais conflitos e de tensões nas relações com a chefia que está encarregada de fazê-las cumprir.

Há consenso entre os trabalhadores da fábrica de compressores que o número de peças produzidas por hora dobrou nos últimos anos – não definem precisamente o tempo –, afirmam estar *“maior e mais puxada”* mesmo nos postos de trabalho semi-automatizados.

Referem que a empresa tem passado por reestruturação na sua organização interna, enumeram uma série de mudanças na produção, nesses últimos anos, com as quais as condições de trabalho pioraram. O processo de automatização é destacado, pois diminui o número de trabalhadores na linha substituindo-os pelas máquinas; agora quem dá o ritmo da produção é a máquina.

Os trabalhadores enumeram alguns fatores de intensificação do ritmo de trabalho nos últimos tempos: diminuição da jornada de trabalho através da eliminação das horas extras nos finais de semana; diminuição do número de operadores na linha; introdução de postos de trabalho automatizados; intensificação da cronometragem; intensificação do papel de pressão das chefias de produção. Tais elementos, em conjunto e na continuidade, são apontados como responsáveis pelos aumentos das pressões e relacionados com o aumento no número de adoecidos por Lesões por Esforços Repetitivos nos últimos anos nas empresas. Uma trabalhadora declara:

“(...) mudou assim, eles hotam mais maquinários modernos; tinham muitas posições que trabalhavam quatro, cinco pessoas, hoje é a máquina que faz (...) diminuindo ainda as pessoas na linha... Antes era mais gente, menos produção.”

Todos os grupos falam sobre as falhas na organização da produção, sobre os gargalos e defeitos nas máquinas como atrapalhadores da produção, pois estas quebram o ritmo de trabalho, intensificando as pressões. Afirmam que a produção está organizada para não paralisar diante dos acidentes e defeitos nas máquinas. Na fábrica de compressores, as peças continuam a ser produzidas e estocadas em *containers*; sanado o problema, retornam à esteira, duplicando a quantidade de peças a serem processadas por hora na linha, aumentando o ritmo, a pressão e a angústia em determinados postos. Estas paralisações são relatadas como momentos de grande tensão, para cuja descrição utilizam a expressão “*horrível*”.

Quando acontecem problemas que colocam em risco a produção diária, o tempo normalmente utilizado para as pausas coletivas é ocupado para dar continuidade à produção, tendo como conseqüências picos de tensão e fadiga.

A falta de controle dos trabalhadores sobre o processo determinado pelas vendas, no caso dos operadores de produção, ou para atender determinado serviço durante o mês, no caso da digitação, traz conseqüências sobre seus corpos e sobre o trabalho, ficando evidentes nas falas:

“Se fosse sempre o mesmo ritmo, mas lá não tem, mas ninguém agüenta, chega uma hora não agüenta, não adianta”.

Sobre os limites do corpo em relação ao ritmo, acreditam que a fadiga produzida pela aceleração poderia ser controlada através do treinamento do corpo, isto é, se o processo de inserção na linha de montagem fosse de forma gradativa, o corpo acostumaria com o ritmo e a repetitividade. Outros divergem dessa concepção por entender que ao atingir o ritmo determinado pela organização, o adoecimento ocorreria de qualquer forma.

3.3.3 As relações no trabalho : competição

Há uma complexa rede de relações formais e informais entre supervisores e operadores, e entre operadores. No início, relatam que se esforçam para estabelecer

relações de cooperação entre os colegas e principalmente com a chefia, mas muito cedo descobrem que, para serem aceitos, precisam intensificar o ritmo e colocar-se à disposição da produção. Isso é expressado com arrependimento de ter se colocado no limite, aos poucos vão percebendo que as exigências são cada vez maiores, que o colega é um competidor e que a chefia ou supervisor cumpre o papel de incentivar esta competição.

É consenso que o trabalho está organizado de forma competitiva e individualista, propiciando assim um ambiente de pressões e rivalidades entre os trabalhadores, dificultando vínculos de cooperação e solidariedade. Por outro lado, esse mesmo clima organiza o ritmo contínuo e conseqüentemente a manutenção da produtividade. Para cada trabalhador, no processo de linha de montagem o colega é “*fornecedor*”, e ele, por sua vez, torna-se também “*cliente*” dos colegas, o que provoca um clima de cobrança entre um e o outro, levando às brigas. Alguns admitem que tentam romper com essa organização, mas enfrentam a reação do colega que está ao lado, então desistem e entram no clima.

Muitas vezes, um problema anterior evidencia gargalos que ocorrem algumas vezes pelos limites próprios da máquina, estes trazem à tona a organização da tensão e da competição entre os trabalhadores, onde um operador vigia o outro.

“Eles querem saber de fazer a produção para ganhar do outro, para ganhar do turno da noite porque senão aquilo ali vai ficar tudo para o turno da noite... Não adianta reclamar, não adianta falar nada, porque passa por corpo mole, tu não quer saber de trabalhar, sabe! É porque, não dá conta, deixa outra, dá lugar para outra!! Não dá conta pede a conta [...] São os próprios colegas.”

As pressões no trabalho são relatadas pelo grupo afastado do trabalho, destacadas principalmente após o reconhecimento do adoecimento. Tais pressões são percebidas de forma diferente: uma trabalhadora, menos especializada (costureira de malharia) percebe-as através da relação interpessoal, quando se submete às pressões do patrão, trabalhando doente, com o braço “*inchado*”, mesmo com atestado de afastamento, para não sentir o desprezo do chefe e com isso não colocar o emprego em risco. Por outro lado, para o trabalhador especializado (analista de sistemas), a pressão é

percebida através das sobrecargas contidas na organização do trabalho, através dos picos de produção e dos problemas do sistema, tratados como “*acidentes de percurso*”, sem que possa intervir sobre a organização.

A chefia assume um papel de pressão importante, no sentido de alcançar uma maior produção numa jornada de trabalho menor. As falas expressam a situação descrita:

“o chefe chama na mesa (...) a chefia diz: não dá conta peça a conta (...) a chefia fica em cima”.

As ameaças de demissão tendo como argumento o número de desempregados à espera de trabalho são outra forma de coerção utilizada pela chefia para pressionar o aumento da produtividade. Estas as ameaças são utilizadas como instrumento de pressão, incluindo familiares empregados na empresa, servindo para intensificar a ansiedade.

“(...) o chefe chegou e disse: lá fora tá cheio de gente (...) para cada pessoa tem cem, eles falam bem assim na frente da gente (...) não dá conta peça a conta.”

3.3.4 O reconhecimento do problema

Nas falas dos trabalhadores, o adoecimento é tratado como “*o problema*” e não como a doença. Este inicia-se com desconforto, de forma “*acanhada*”, cristalizando-se depois, até instalar-se definitivamente, impedido-os de trabalhar. Este momento é relatado de forma singular, de acordo com a vivência de cada um, variando o tempo entre o início da atividade de trabalho e a percepção dos sintomas.

“(...) de manhã eu acordava com as mãos assim, não conseguia abrir, era só abaixo de massagem, a gente tinha aquela impressão que não estava acostumada com o serviço, que depois ia se acostumando.”

Há consenso sobre a reação de negação da existência *do problema* ao sentir os primeiros sinais. Inicialmente, atribuem ao fato de não estarem acostumados, esperam sempre uma melhora espontânea, ou seja, domesticar o corpo para acostumar-se ao ritmo. A princípio não conseguem estabelecer relação com as situações vivenciadas no

trabalho como as pressões da produção, inadequação do posto de trabalho, problemas de relacionamento com chefia e colegas.

Os primeiros sinais emitidos pelo corpo não são valorizados porque este é apenas um instrumento do processo de trabalho, dar conta da produção é o mais importante.

“As vezes até estava me incomodando um pouquinho, mas eu não dava bola porque era pouquinho. Pouquinho dá para trabalhar, não vou ligar.”

À medida que o tempo vai passando, sintomas físicos diversos vão substituindo o desconforto inicial. Edemas nas mão e braços após movimentos musculares ou ao levantar-se pela manhã; sinais neurológicos são descritos como choques, enrijecimento muscular, diminuição ou perda da força muscular, sendo explicitados através das expressões: “dedos mortos”, “amortece tudo”, a crepitação é descrita como “barulhão no osso”.

A dor antes acanhada, que aparecia somente quando estava trabalhando, torna-se onipresente, inclusive durante o sono. Relatam situações de muito sofrimento, sendo muitos os episódios, tanto de dia como à noite. Seria “como se o nervo estivesse exposto”. Quando falam, observa-se modificações nas posturas, seguram e acomodam o braço como buscassem alívio e proteção no gesto.

Relatam que a dor inicia num determinado segmento, proximal ou distal; alastrando-se posteriormente para um membro superior, ou para ambos, até o pescoço e cabeça. Alguns relacionam esse agravamento à permanência no trabalho nas mesmas condições de risco, outros acreditam que a doença “caminha” através do corpo, ou afirmam que nos momentos de maior “agonia”, passaria de um membro ao outro.

Nesse estágio começam a reconhecer que alguma coisa grave pode estar acontecendo com seu corpo, tentam resolver passando pomada ou massageando. Torna-se evidente quando percebem que não conseguem mais atingir a produção alcançada anteriormente e as dores passam a ser insuportáveis.

“(...) eu não sabia que aquela dor que havia sentido (...) eu não sabia que era daquele serviço.”

Quanto às estratégias para conviver com a dor, pela manhã buscam remédios para aliviá-la, quando não encontram permanecem deitados o dia todo. Outros recorrem a banhos quentes, massagens, mas não encontram alívio. Alguns revelam que para diminuí-la mudam o braço de posição, dando a impressão de amenizá-la naquele ponto.

“(...) é para iludir-me um pouco, ora estico, ora estendo o braço.”

Do ponto de vista emocional, os problemas declarados são múltiplos: instabilidade emocional indefinida, irritabilidade, distúrbios do sono, dificuldade de concentração e depressão, O relacionamento dentro e fora do trabalho vai ficando prejudicado “*tudo incomoda*”.

Surge um paradoxo, o reconhecimento do adoecimento vai-se tornando inevitável, porém vem acompanhado de culpa e vergonha pelo fato de não estar “*agüentando*” produzir tanto quanto os demais colegas.

“(...) eu dava tudo para que eu pudesse acompanhar a turma (...).”

A culpabilidade desvia o foco de atenção sobre si mesmo, que é singular, para as necessidades de produção. As pressões colocadas pela organização anulam a vontade e as necessidades individuais.

“Eu não quis engessar a mão porque tinha que ficar quinze dias parada, o que dá quinze dias parada, alguém começa a te marcar, vai dizer: aquela ali já começou a aprontar, e assim vai. O médico passou uns remédios para tomar e disse: se dentro de quinze dias não melhorar você vem aqui. Eu não voltei lá no médico, deixei cada dia a mão ir inchando mais e a dor aumentando (...) continuava trabalhando.”

A maioria dos trabalhadores pesquisados relata que viveram estes momentos com sentimentos de fraqueza e impotência, como uma situação jamais prevista, tudo é muito irreal, tudo muito novo, parece não haver mais esperança de que tudo vai passar.

O sofrimento pela perspectiva de tornar-se impotente para produzir surge com frequência. Reconhecem que tudo na vida ainda está pela frente, pois sentem-se muito jovens, e é um paradoxo admitir-se um doente e um sofredor. Nesse momento, o medo das perdas aparece com frequência: medo de perder o emprego, medo de não pertencer

mais ao grupo, medo de perder a identidade. Negar o sofrimento é a estratégia mais frequentemente utilizada.

Os primeiros conflitos com o supervisor são provocados pela diminuição na produção. São sentidos como uma espécie de incompreensão das dores, ou fraqueza pessoal já que todos os outros estão trabalhando, quem não está “*agüentando*” é ele, a solidão é imensa.

“Já não gosto nem de lembrar porque fico nervosa, a gente trabalhava com dor e ninguém acreditava, e criticavam, era uma tortura.”

Os mecanismos de pressão psicológica entre os colegas são percebidos e relatados nos depoimentos. Esta pressão é percebida como um momento de ruptura com o grupo.

“Eles fazem uma pressão psicológica em cima da gente, a partir da hora que você não serve para trabalhar mais na produção, simplesmente você é rejeitado pela sua colega de trabalho, sabe...”

Esses momentos de conflitos com a empresa diante do adoecimento são destacados pelos grupos. Estratégias são buscadas para amenizar os conflitos, a maioria dos trabalhadores afirmam que, mesmo sentindo muitas dores, continuavam trabalhando para não criar mais problemas. Um trabalhador afirma que não procurava o médico ou pegava atestado para que o chefe não pensasse que estivesse “*fazendo corpo mole*”. Outra trabalhadora expõe a dependência em relação ao emprego: continuava trabalhando doente porque se sentia na obrigação de ajudar o patrão, mesmo ele sendo ríspido e grosseiro, pois afinal necessitava do emprego.

Um questionamento persegue-os com frequência: Por que estariam doentes agora se, ao entrar na empresa, fizeram tantos testes, tendo que abaixar e levantar pesos, tantos exames foram feitos e estes demonstraram capacidade plena para o trabalho? Demonstram inconformismo diante da realidade pela perda da saúde.

Este é outro momento de ruptura, convencem-se de que precisam buscar entender o que está se passando, procurando outros que estão vivendo a mesma situação e procurando ajuda médica na esperança de encontrar diagnóstico e tratamento.

Para evitar a falta ao trabalho e a exposição do seu adoecimento, buscam o tratamento durante as férias, classificam isso como sendo “*uma coisa perversa*”. Afirmam que é a realidade da maioria das pessoas que trabalham.

3.3.5 O diagnóstico

A procura pela solução do problema se dá quando estão esgotadas todas as esperanças de melhora espontânea. A dor não diminui, o trabalho está sendo prejudicado com relação à produtividade, a pressão da chefia e dos colegas aumenta... é hora de procurar ajuda.

Nesta busca, esperam encontrar respostas concretas sobre o que estaria acontecendo e sobre qual tratamento recorrer para conseguir melhora. Descobrem uma série de impedimentos com relação a esse tipo de doença: primeiro, o diagnóstico é eminentemente clínico, a partir da reconstrução da história do sofrimento no trabalho; segundo, a necessidade do estabelecimento de uma relação de confiança e de compreensão entre o que está sendo expressado pelo trabalhador e aquilo que está sendo compreendido pelo médico para eventualmente estabelecer a relação de causalidade.

As falas não demonstram o estabelecimentos desta relação; pelo contrário, estabelece-se um círculo vicioso de ida e vinda aos consultórios, na maioria das vezes permeado por relações de desconfiança e sofrimento. O tratamento torna-se um paliativo sem chances de melhoras. Esta trajetória é reconstruída através das falas.

A procura pelo supervisor, líder ou patrão para discutir o *problema* não encontra a reação desejada. Muito pelo contrário, estes estão preocupados apenas com os

objetivos da produção, e o adoecimento significa distanciamento de sua consecução. Alguns supervisores encaminham ou aconselham a procurar o médico, ou, às vezes, trocam-nos de posto de trabalho.

“Quando eu me senti já assim, que eu não agüentava mais na linha, daí o chefe mandou eu para o médico, ele disse: Agora é problema deles, porque você não está mais acompanhando a linha então eles vão ver o que é que vão fazer com você, porque aqui você não dá mais produção e só está atrapalhando.”

O quadro não tem mais saída, a procura ao serviço médico torna-se inevitável.

3.3.6 A relação com o serviço médico

A procura pelo ambulatório da empresa ocorre devido aos conflitos e pressões com a chefia, bem como pela expectativa de amenizar o sofrimento. O desconhecimento da sintomatologia que vem sentindo, a dor, o desconforto, os choques, levam a pensar em doença grave, porém desconhecem o que seja. A presença de nódulos nos braços e nas axilas em algumas mulheres levantam hipóteses da ocorrência de problemas ginecológicos graves por parte delas.

O contato com o médico da empresa é relatado através de expressões de raiva acompanhadas de frustração: *“cheguei a tremer de raiva, eu cheguei a chorar de raiva”*, porque aquele não escuta as queixas e, quando as ouve, duvida da veracidade das mesmas, colocando sob a responsabilidade do trabalhador a comprovação das referidas dores.

“(...) simplesmente acham que a gente não tem nada, uma hora eu provo que eu tenho.”

O profissional prescreve analgésicos e anti-inflamatórios, alegando, às vezes, distensão muscular e recomendando o retorno ao posto de trabalho. Quando o trabalhador protesta, afasta-o alguns dias do trabalho, não mais de quinze, limite obrigatório para o pagamento dos dias parados pela empresa. Após, precisariam ser encaminhados à Perícia Médica da Previdência Social, o que não é feito devido à

possibilidade de caracterização de doença do trabalho, e do conseqüente direito à estabilidade de um ano pelo trabalhador.

O médico atribui as queixas apresentadas às características individuais dos trabalhadores e aos seus afazeres domésticos. Em alguns casos, trata-os como problema psiquiátrico devido aos sinais de angústia e depressão. Encaminha ao psiquiatra, porém não faz o registro do acidente de trabalho, conforme prescreve a legislação trabalhista.

O processo de negação da doença e de invalidação do doente passa pela construção de condutas médicas discriminatórias, como por exemplo responsabilizar as relações afetivas fora do trabalho, enfraquecendo a tese do adoecimento.

“Eu perguntei se não eram as injeções que estavam fazendo isso. Foi a primeira vez que ele [o médico do trabalho] falou-me, não é nada de braço, isso era o meu marido que estava aprontando, então eu ficava nervosa, ia dormir nervosa e acordava assim à noite. Ele falou-me quatro vezes isso. Dá vontade de dar um soco num homem desse!!”

Devido à falta de resolução do problema, são encaminhados a especialistas, mais exames são exigidos, então o processo vai ficando complicado. Relatam o sofrimento de fazer alguns exames, pois estes são extremamente invasivos e dolorosos, tendo que assumir posturas as quais muitas vezes não conseguem suportar. Colocam como exemplo disso a eletromiografia e ressonância magnética, sem que estas ofereçam respostas precisas.

Após várias idas e vindas, ocorre a indicação da cirurgia para a maioria destes trabalhadores. Alguns se negam, não se submetendo, com medo do agravamento das limitações. Outros enfrentam-na como alternativa de afastamento do trabalho, repouso e retorno recuperado.

A procura pelos profissionais médicos especializados das clínicas conveniadas com o plano de saúde oferecido pela empresa é conflitante, uma vez que o diagnóstico da doença implica aspectos clínicos e previdenciários de forma inseparáveis. Prescrevem muitos remédios, muitos exames, muitas sessões de fisioterapia, vários e curtos afastamentos, sem que a empresa reconheça a doença; por outro lado estes

profissionais não esclarecem a relação com o trabalho, não se comprometem, não falam em doença do trabalho.

Nesse vai-e-vem, o trabalhador sente-se desamparado e solitário, sem entender direito o que está acontecendo. A relação dentro da empresa tende a piorar, bem como vão piorando as dores, as limitações impostas pela doença e as dificuldades para se manter trabalhando.

Nesse estágio, a compreensão da relação do desenvolvimento da doença com a atividade de trabalho começa a ficar mais clara. Encontram nos ambulatórios médicos outros colegas e descobrem que muitos trabalhadores são portadores da doença dentro da mesma empresa.

Aqueles que procuram o diagnóstico por iniciativa própria, temem o enfrentamento com a empresa pelo fato de estarem exercendo um direito de fazer o registro da doença, conforme assegura a legislação. Entendem que é dever da empresa fazê-lo, porém esta nega-se sistematicamente o que os leva a sentirem-se injustiçados.

“(...) porque no momento que começar aparecer esses papéis lá, como a gente está registrando isso particular, está registrando no INSS sem a empresa ter conhecimento que a gente está registrando, a gente vai ter que enfrentar (...) a pressão vai ser maior que atualmente.”

Sobre o tratamento, é consenso que tenham sido submetidos a diversos tipos: medicamentoso, contenção com talas e gesso, infiltrações, fisioterapias, o que parece trazer como consequência o ceticismo com relação aos resultados, principalmente quando se refere à cirurgia. Um trabalhador revela ter abandonado o tratamento por não acreditar nos profissionais, principalmente quando fala sobre a cirurgia, demonstra desconfiança, com o que os demais concordam.

“(...) no tocante ao mercantilismo que o pessoal anda fazendo por aí, na minha opinião eu não recomendo a operação para ninguém porque nós ainda não estamos preparados. Acho que o brasileiro ainda não está preparado, precisa ir muito para fora, ainda...”

A cirurgia é percebida com reservas, devido às experiências sem sucesso ocorridas com outros colegas. Quando chegam a submeter-se a este tratamento,

expressam como estando “*num ponto desesperador*”, sendo a última esperança de recuperação da saúde. A exposição continuada às condições de adoecimento contribui para a recidiva e a piora do quadro clínico, propiciando evolução desfavorável na maioria das pessoas.

3.3.7 A trajetória do sofrimento

Podemos dizer que o sofrimento cumpre uma trajetória não linear, composta de vários afastamentos e retornos ao trabalho, muitas buscas a vários médicos e tratamentos, em que os sintomas pioram e melhoram, e que as relações tanto dentro quanto fora do trabalho vão piorando.

Nos primeiros momentos, o reconhecimento da possibilidade de perda da capacidade para o trabalho é negada através da negação da própria dor. Não admitem, pois são ainda tão jovens, com a vida toda pela frente, alguns com filhos pequenos ainda por cuidar. Para diminuir a ansiedade e a angústia, preferem dissimular todos os sinais e sintomas do adoecimento.

O sofrimento vai ficando evidente na maioria das expressões quando se referem às condições de trabalho: “*não agüentava mais*” e “*eu via jeito de morrer ali*” são falas que se repetem, porém são tratadas na individualidade de cada um.

Quando reconhece que ficou doente, o sentimento é de estar sendo rejeitado agora que se tornou-se um inútil, acredita que os outros não se relacionam mais com ele(a) da mesma maneira. Diz que era bem tratado(a) pelo supervisor ou patrão mas, no momento que começa a sair muito para ir ao médico e fazer muitas fisioterapias, atrapalha a produção e os colegas reagem com desprezo dizendo que está “*fazendo corpo mole*”.

O sofrimento aumenta à medida que se acirram os conflitos decorrentes das pressões da chefia provocadas pela diminuição no ritmo de produção. Definitivamente não consegue mais acompanhar o ritmo imposto e reclama com a chefia por melhores condições de trabalho. Todos concordam e expressam revolta por terem dado tanto à empresa. Uma trabalhadora assim se refere: “(...) *chupar a última gota de sangue que corre na veia da operadora*”.

Após o reconhecimento do problema por parte do trabalhador, um questionamento surge com frequência. Como manter-se nessa situação, se não tem mais ilusões de que sua situação melhore? Os sonhos, as ilusões sobre seu crescimento profissional e social estão comprometidos. Concorda que a perspectiva é ficar afastado de tudo, já que se tornou-se um inválido, pois precisa das pessoas até para auxiliar nos cuidados pessoais. Um trabalhador expressa sua revolta contra a estrutura do país.

“(...) eu tenho praticamente quarenta anos de trabalhos forçados, como escravo mesmo ao meu país, talvez tenho alguma coisa, mas foi por conta de extenuar, de trabalhar sábado, domingo...”

A maioria, para aliviar a “*carga*”, medicaliza o sofrimento, fazendo acompanhamento psiquiátrico, usando medicamentos psicotrópicos, pois já não acreditam mais que os vários tipos de terapias aos quais estão ou foram submetidos – medicamentos, fisioterapias, acupuntura, cirurgias – possam resultar na cura e conseqüentemente na eliminação da dor.

Os afastamentos do trabalho prolongado e o retorno ao trabalho trazem um paradoxo: não podem mais permanecer submetidos às tarefas que sejam repetitivas, com ritmo de produção determinado, mas a empresa não mudou, na grande maioria das vezes, não tem para onde ir, sentem-se sobrando. Trata-se de um momento de muito sofrimento, pois, ao mesmo tempo que está legalmente amparado contra o desemprego, com garantia de um ano de estabilidade, não encontram condições compatíveis reais para retornar ao trabalho. Relatam que muitos trabalhadores não suportam o sofrimento e pedem demissão neste momento.

O trabalhador adoentado encontra hostilidade e percebe-se marginalizado pelos colegas, chefias e profissionais de saúde; percebe-se como um estorvo, um incômodo cheio de dor, reclama muito, reconhece que a empresa não é o lugar para se queixar e que as relações internas foram rompidas.

Os pesquisados falam das discriminações dos colegas que freqüentemente reagem com o isolamento, o que é descrito com expressões de sofrimento.

“Tu é discriminado é assim isolado (...) tu é abandonado lá no canto, eles te olham como se fosse uma doença contagiosa.”

O desespero ao confrontar-se com a realidade das exigências impostas pela produção, para as quais não apresenta mais condições, aumenta o sofrimento psíquico que se sobrepõe ao sofrimento físico. Vários sinais e sintomas de depressão são relatados durante o período de afastamento, porém aumentam com o retorno ao trabalho. Alguns tornam-se dramáticos, incluindo relatos de suicídio entre colegas, que, quando lembrados, causam comoção entre o grupo. Porém, as explicações são buscadas na personalidade fraca e insegura do trabalhador que adoece, que não conseguiu agüentar.

3.3.8 Incapacidade para o trabalho

Todos os trabalhadores adquiriram a doença depois de vários anos trabalhando na atividade e, por causa dela, estão impossibilitados de voltar à profissão que exerciam anteriormente. Um sentimento de injustiça permeia as discussões. A empresa e o trabalho aos quais tinham investido tantos anos de suas vidas tinham-se voltado contra eles, obrigando-os a exercerem uma função com a qual não tinham a mínima relação, estar sob ameaça de desemprego, ou tinham que ficar afastados em casa, ainda tendo que suportar confrontos com os médicos peritos da previdência.

Os trabalhadores do grupo dois e três citam estar afastados da linha de produção, mas não do trabalho. São encaminhados pelo ambulatório médico para as atividades que

a empresa denomina "reaproveitamento". Esses setores são qualificados pela empresa como mais leves, porque seriam menos repetitivos, o que não é confirmado pelos trabalhadores que afirmam que também nesses setores o trabalho é repetitivo, além de sem conteúdo e monótono.

Permanecendo isolados da linha de montagem e da área que entendem como de produção, experimentam a sensação constante de inutilidade e de se sentirem "*provisórios*" nos setores. O medo de demissão é constante, o que reforça a sensação de dependência em relação à empresa.

"(...) a gente sabe que a empresa vai cair em cima da gente, por outro lado ou por outra, a gente precisa da empresa ainda."

Em contrapartida, as dores não desaparecem; pelo contrário, a sensação é de estar se "*espalhando pelo corpo*". Antes doía apenas a mão, agora doem os braços, os ombros e a até a cabeça, aumentando com isso as limitações. A angústia pelo retorno e a sensação de impotência tornam-se cada vez mais evidentes. Constatam que não conseguirão mais emprego em outra empresa devido às limitações decorrentes do adoecimento.

Alguns casos não são registrados e conseqüentemente não são tratados como doença do trabalho, aumentando a insegurança com relação ao desemprego. São registrados os casos mais comprometidos – geralmente casos cirúrgicos – após triagem do médico do trabalho da empresa que, em alguns casos, também é perito no INSS.

Com relação aos trabalhadores encaminhados à Seguridade Social, ocorrem muitos conflitos com a Perícia Médica do INSS na busca do reconhecimento da doença, principalmente para aqueles que ousam registrá-la sem o consentimento da empresa. Alguns trabalhadores relatam que, ao dirigirem-se à perícia do INSS, encontram o mesmo médico que atende na medicina do trabalho da fábrica; então, apesar de todos os laudos e exames evidenciarem a doença adquirida no trabalho, o nexó é negado e o retorno ao trabalho é imposto.

Diante dessas situações, percebem que não podem contar com a Seguridade Social. Então, a solidão e a impotência aumentam diante do poder da empresa, começam a perceber que o único instrumento de que dispõem é a força de trabalho, que estão sozinhos, e reagem querendo voltar a produzir, enfim, querendo reintegrar-se ao processo que fora abandonado por causa da doença; em resumo, tentam voltar a ser aceitos pela organização.

Citam que alguns colegas de trabalho, ao perceberem os primeiros sinais e sintomas, vão logo pedindo demissão como forma de afastamento do risco.

“Mas tem meninas ali, tem uma colega que pediu a conta porque já está sentindo os sintomas do braço e já quer sair antes que se agrave.”

Constatam que, além do sofrimento pelo qual têm passado, somam perdas financeiras com o afastamento em cuja situação, válida mesmo para aqueles em reaproveitamento, não recebem mais prêmios de participação nos lucros, promoção de função e qualquer complemento salarial que a empresa venha oferecer,. Por outro lado, aumentam os gastos com trabalhos domésticos, medicamentos, exames e tratamento.

As expectativas com relação ao futuro se dão de forma diferenciadas entre os grupos, mas convergem num ponto: todos aguardam soluções. O grupo de trabalhadores afastados, em benefício, esperavam respostas do INSS, enquanto que aqueles em atividade, esperavam respostas da empresa. Porém, há quem acredite que as soluções possam vir dos trabalhadores. Identificamos nas falas sentimentos diversos.

A falta de esperança:

“O país, ele não contempla ninguém, nós temos um país muito perverso, o próprio Estado é perverso, hoje eu recebi alta [da Perícia do INSS], eles me deram alta para ir trabalhar. Em quê? Não sei, talvez radialista, cantor, a voz não é tudo aquilo. Então eu lamento, acho muito lamentável a situação de nós trabalhadores... Formalmente o Estado não assume, foi aquilo que a gente falou, eles dizem para a gente em off: que o senhor de fato está inutilizado, que o senhor precisa dos dois membros.”

A busca da esperança:

“Nós estamos assim, eu estou assim vendo que para nós eu quero uma esperança, entende!!”

Alguns discorrem sobre as expectativas para o futuro no trabalho, principalmente com relação à permanência no emprego, as reações dividem-se. A maioria afirma que prefere não pensar sobre o que acontecerá, porque isso aumentaria sua depressão, acredita que a empresa encontrará uma solução que contemple a todos, instalando postos de trabalho compatíveis com suas limitações. Há quem declare que todos serão demitidos à medida que as empresas terceirizem e/ou automatizem os postos de trabalho que vêm sendo ocupados pelos portadores de Lesões por Esforços Repetitivos. Entre os trabalhadores afastados, uma pequena parcela afirma que, caso recebam alta do afastamento, pedirão demissão para montar um negócio próprio.

Os grupos não oferecem detalhes a respeito das atividades do *reaproveitamento*, parecem não encontrar perspectivas de continuidade nelas. A linha de montagem na qual trabalhavam e adoeceram continua sendo a referência para as discussões das atividades de trabalho da maioria das falas.

3.3.9 Incapacidade para a vida

Todos os participantes são casados e alguns possuem filhos, tendo muitas atribuições fora do trabalho. Além das atividades pessoais, desempenham as domésticas, estas, segundo o relato, estariam limitadas total ou parcialmente, dependendo das seqüelas impostas pela doença e da realidade familiar de cada um.

A maioria dos trabalhadores que constituem os grupo encontram-se em estágios avançados da patologia, alguns apresentam restrições não somente ao desempenho das tarefas profissionais, que exijam movimentos rápidos e repetitivos, como também para as tarefas da casa.

É consenso que as dores e o desconforto atrapalham nas atividades pessoais como cobrir-se durante o sono, lavar a cabeça, pentear os cabelos, tomar banho, pegar o ônibus, segurar um guarda-chuva.

O desempenho das atividades domésticas que exigem maior esforço físico também estão comprometidas, como limpar panelas, louças e fogão, fazer faxina em casa, lavar as roupas da família, limpar o jardim. Para alguns, até mesmo as atividades mais simples, como cortar carne e legumes durante o preparo dos alimentos ou durante a alimentação já estariam comprometidas. Demonstram, ainda, preocupações quanto aos riscos de acidentes com líquidos, substâncias quentes e quedas de utensílios. São freqüentes as quebras de objetos domésticos.

A maioria enfatiza que busca adaptação das atividades domésticas às limitações, diminuindo o ritmo, deixando para depois algumas tarefas, buscando ajuda com familiares (marido, filhos, sogra, mãe). Algumas pessoas afirmam terem contratado serviços de terceiros, periodicamente, para realização dos afazeres domésticos.

É consenso nos grupos as dificuldades de conviver com as limitações impostas pela doença, às quais se referem, repetidamente, através da expressão: *“é bem difícil”*. Tais dificuldades são bastante evidenciadas, principalmente quando falam da dependência em relação a outras pessoas para desenvolver as atividades domésticas. O cuidado da casa e da família, que até bem pouco tempo era de sua total responsabilidade, necessita agora ser dividido com outras pessoas.

Constata-se, ainda, que as limitações parciais ou completas das atividades manuais cotidianas e domésticas trazem um custo emocional adicional, principalmente para as mulheres, expressado através das falas: *“o serviço acumula e a gente fica mais nervosa(...)”*. Outra trabalhadora expressa a frustração diante da situação falando: *“é vergonha dizer mas eu sou obrigada a falar que eu não tenho condições”*. Muitas situações de impotência são levantadas. Em relação aos filhos pequenos, por exemplo, o fato de estarem impossibilitadas de segurá-los têm levado ao rompimento de comportamentos que significavam afeto e carinho. Reaprender novas formas é uma necessidade que é tratada com sofrimento.

Quanto às relações familiares, não revelam muitas informações; apenas uma trabalhadora expressa alguns conflitos com marido e filha no sentido da incompreensão familiar em relação às manifestações e às limitações do adoecimento.

O grupo afastado do trabalho destaca que o lazer encontra-se comprometido, sendo o único grupo que manifesta essa preocupação. Queixam-se de que as atividades cotidianas que davam prazer como passear, andar a pé, correr, praticar esportes ou cuidar da horta e do jardim de casa agora são objeto de desencadeamento das dores. Toda movimentação muscular é sinônimo de dor e de desconforto, conseqüentemente sem perspectiva de lazer.

3.4 Desdobramentos

Após as reuniões que enceraram a coleta dos dados da pesquisa, alguns trabalhadores adoecidos procuraram o Serviço de Saúde do Trabalhador solicitando a continuidade dos encontros. Esperavam discutir questões levantadas durante as reuniões dos grupos e outras que poderiam surgir, bem como encaminhar denúncias aos órgãos competentes sobre as violências sofridas nas instituições previdenciárias e médicas. Entendiam que precisavam manter o espaço público conquistado de desprivatização da palavra durante a pesquisa para aprofundar as discussões. Necessitavam de estrutura e assessoria para fazê-lo.

O grupo estabelece a continuidade das discussões através de reuniões quinzenais. Outros trabalhadores adoecidos vão incorporando-se ao grupo, novos relatos e outras experiências vão sendo acrescentadas, denúncias são encaminhadas aos órgãos de Seguridade Social. O movimento culmina com a fundação de uma associação de portadores de Lesões por Esforços Repetitivos em setembro de 1998.

Quanto aos resultados, consideramos ainda prematura qualquer avaliação a respeito dos encaminhamentos que a organização tomará, uma vez que é recente sua

implantação, mas, independente dos resultados futuros, a organização possibilitou, com desdobramentos, a construção de um espaço coletivo de discussões que propiciará o resgate da cidadania destes trabalhadores, o que não seria possível dentro da empresa.

3.5 O ensaio com os trabalhadores não adoecidos

3.5.1 Considerações iniciais

Considerando o objetivo principal da pesquisa, ou seja, a formação de um espaço de expressão baseado nas histórias individuais e nas trocas estabelecidas durante o processo de investigação dos trabalhadores ainda não acometidos pelo adoecimento, o que interessa vai além das descrições objetivas das situações de trabalho, ligadas às exigências da tarefa e ao ambiente; interessa, também, sentimentos subjetivos provocados pelas situações vivenciadas no trabalho, tanto nas expressões de sofrimento quanto nas de prazer, no sentido de perseguir um quadro que expresse a relação entre os constrangimentos e estes sentimentos.

A interpretação e o relacionamento dos resultados encontrados aos paradigmas e teorias é um problema complexo, pois não existe um único quadro conceitual de interpretação das formas de pensamento e dos comportamentos individuais e coletivos, bem como de interpretação do conteúdo da atividade de trabalho, o que não significa que não tenhamos que trabalhar com esquemas teóricos definidos.

3.5.2 Com a palavra os trabalhadores não adoecidos

Esclarecíamos aos participantes que a pesquisa realizar-se-ia com uma população trabalhadora real, teoricamente apta e sadia. Esta não objetivava a

identificação de patologias, casos individuais de doenças ou desvios de comportamentos. A partir das falas, pretendia-se compreender a atividade de trabalho como realmente acontecia, como estão organizados os constrangimentos aos quais estavam submetidos dentro de condições específicas individuais e coletivas e quais os sentimentos provocados. Para isso, a reconstrução do processo de trabalho, a partir da descrição da atividade destes trabalhadores, seria o ponto de partida para comparação com outros grupos.

A percepção do processo de trabalho é reconstruída através do consenso da maioria, onde um trabalhador complementa a informação do outro. Além disso, são valorizados e destacados os pontos divergentes visando à complementação das informações.

Os grupos apresentam uma visão seqüencial do funcionamento das várias partes do processo de produção, percebem a linha de montagem das carrocerias, iniciando pela fabricação dos componentes, montagem do bloco, até chegar à pintura. Identificam um trabalho organizado em linha de produção, mecanizado em algumas partes e manual em outras. Toda a produção é previamente vendida no mercado interno e externo, com prescrição diária para seis carros rodoviários e dez urbanos. A qualidade do produto é controlada pelo operador, porém existe um setor específico de revisão e controle. Observa-se que determinadas expressões não estão homogeneizadas nas falas, entre os operadores; por exemplo, o líder de setor é tratado ora como chefe, ora como supervisor.

A fábrica descrita está dividida em vários setores: fabricação dos componentes, duas linhas de montagem, urbanos e rodoviários, setores de preparação e pintura, revisão final. Optou-se por falar sobre as atividades de pintura, nas quais os trabalhadores em questão estavam inseridos, sendo que os demais setores não foram discutidos em detalhes.

Os trabalhadores do primeiro turno descrevem suas atividades fazendo referências às condições de trabalho, enquanto que os do segundo turno centram suas

falas na forma e no desenvolvimento das atividades de trabalho. Os dois grupos descrevem os postos de trabalho com precisão, proporcionando uma leitura clara do trabalho prescrito, ou seja, da tarefa. Descrevem que estão divididos entre os setores de pintura de primeira e segunda cor, fazendo parte do acabamento dos ônibus urbanos e rodoviários, e que as carrocerias chegam ao setor previamente montadas, passando antes pela fabricação dos componentes e pela montagem.

Referem-se às tarefas da seguinte forma e seqüência: primeira cor e segunda cor. O setor de primeira cor é responsável pela aplicação das camadas de proteção e pela pintura da cor predominante. É composto pelas tarefas básicas: de pulverização do zinco para proteção da estrutura; pulverização do asfalto para proteção da base; lavagem e desengorduramento; revisão e aplicação de massa; aplicação da base. Em seguida vem a preparação para primeira cor que consiste de revisão, lixamento, aplicação de massa rápida, pintura da cor predominante.

O setor de segunda cor faz a pintura dos detalhes sobre a primeira cor, consistindo em esquematizar os desenhos e as letras sobre a superfície da carroceria; fazer a pintura dos desenhos e detalhes, letreiros e do rodado.

Os resultados serão apresentados baseando-se nos principais temas abordados pelos participantes:

- As condições de trabalho: breve relato
- Diversidade ou não
- Relações no trabalho
- Sofrimento ou prazer

3.5.2.1 As condições de trabalho: breve relato

As atividades descritas fazem parte de um processo em linha de montagem, com divisões de tarefas e de pessoas. O supervisor (líder) do setor de primeira cor e o da

segunda cor distribuem as tarefas, controlam a produção e a qualidade do produto. O setor de projetos elabora os desenhos e define os tipos de pigmentos e cores. Os operadores preparam e executam a pintura. Este setor está interrelacionado com os demais setores da fábrica.

O ambiente de trabalho é motivo de discussão, as atividades de preparação se desenvolvem dentro de um pavilhão e as de pulverização e pintura se desenvolvem em cabines fechadas, com iluminação e ventilação natural. Nas cabines existe um sistema de exaustão para as névoas de tintas. A maioria afirma que o ambiente é ruidoso, mas não utilizavam protetores auriculares com propósito de escutar o ruído dos carros e se proteger, pois existe uma intensa movimentação dentro do setor. Declaram que, no momento, a empresa estava obrigando o uso do equipamento. Discorrem sobre a existência de poeira durante o lixamento e resíduos de produtos químicos durante a pintura.

Sobre a utilização de equipamentos de proteção individual, afirmam que utilizam máscaras apenas nas cabinas de pinturas, local em que *“não dá para agüentar o cheiro da tinta”*. Para o lixamento a empresa fornece as máscaras, mas alguns afirmam que não as utilizam pois *“já estão acostumados, com o hábito de não usar”*; aqueles que as utilizam declaram que o fazem porque o pó da massa plástica irrita os olhos e a pele.

No trabalho relatado, encontramos vários constrangimentos compartilhados no ambiente e citados pelos trabalhadores. Citam perigo de atropelamento devido à movimentação dos carros no ambiente ruidoso, com pessoas circulando; perigo de intoxicações com monóxido de carbono devido à poluição ambiental decorrente da fumaça dos carros; medo de contrair doenças devido ao manuseio de solventes e tintas, comentando sobre o caso de dois trabalhadores que já estariam intoxicados; medo diante da possibilidade de explosões pela proximidade do laboratório de preparação de tinta com os setores de trabalho; medo de quedas de altura pelo fato de o acesso às carrocerias ser feito com escadas em movimento, para limpeza, empapelamento e desempapelamento, atividades descritas como causadoras de cansaço físico e dores no corpo.

Os problemas relacionados à organização do trabalho são referidos como: pressão exercida pela chefia para alcançar a produção prescrita e os constantes gargalos em outros setores da linha de montagem, que são tidos como momentos de “agonia” e conseqüentemente de angústia; a longa jornada de trabalho é percebida como extenuante e motivo de fadiga; as horas extras são vistas por alguns trabalhadores como fator de compensação para os baixos salários, porém para outros são percebidas como fator de fadiga e de desgaste.

3.5.2.2 Diversidade *versus* não-diversidade

O trabalho não é sempre o mesmo, primeiro, porque variam as cores e os modelos dos desenhos; segundo, porque ocorrem sempre incidentes que rompem com a prescrição, como os defeitos nos elevadores, nos acabamentos, na pintura, atrasos na chegada dos carros ao setor, os desenhos feitos no setor de projetos chegam com falhas e têm que ser “adaptados” através dos “quebra galhos”, dos “macetes”.

Mas se o material e os incidentes variam, o trabalho realizado não varia, o quadro temporal no qual a atividade é realizada varia em pequena escala, às vezes podendo esperar uma hora pelo conserto de um elevador, ou chegar alguns minutos atrasados no início da jornada de trabalho, mas a tarefa é determinada para o operador cumprir no tempo pré-determinado, sempre com o cuidado da qualidade a conservar.

O quadro temporal aparece como uma exigência do serviço, que tem uma influência importante sobre as cargas de trabalho sentidas pelos trabalhadores e determinada, em grande parte, pela maneira como estes trabalhadores se organizam para atender às exigências temporais, as quais assumem um papel importante com relação à determinação da intensificação do trabalho, tanto dentro do turno de trabalho, quanto nas horas extras que extrapolam a jornada. As horas extras são denominadas “serões” pelos trabalhadores e, de certa forma, são estimulados pela organização. Alguns

trabalhadores chegam a cumprir até 100 a 110 horas a mais durante o mês. Para aqueles que se submetem, esse processo assume a função exclusiva de complementação salarial.

Os “*serões*” têm múltiplas repercussões: na vida profissional, em decorrência de terem que assumir outras atividades em outros postos de trabalho, para os quais, às vezes, não estão preparados; na saúde, por estarem expostos aos mais variados constrangimentos, por um tempo muito prolongado; na vida familiar, pela ausência do convívio devido ao trabalho nos períodos de folgas.

3.5.2.3 Relações no trabalho

Discutindo sobre o estabelecimento de uma relação de pressão entre os colegas, afirmam que “*dão uma prensa*” nos colegas que não acompanham o ritmo de trabalho. Referem-se aos que estão fazendo “*corpo mole*” ou “*matando o tempo*”. Este clima é resultado da divisão de tarefas, onde o desenvolvimento da atividade de um depende do outro, gerando um clima de competição.

Todos falam sobre o incômodo que é conviver com a falta de cooperação entre os colegas do mesmo setor, entre os turnos e outros setores de trabalho. Falam sobre o desconforto e a fadiga de ter de trabalhar sobre escadas, tendo inclusive de andar sobre as mesmas para alcançar a altura do ônibus, usam como exemplo o caso de alguns colegas que se negam a cooperar e dividir o tempo de exposição nesta posição para reduzir o cansaço.

Nas relações entre supervisor e operador, fatores de preferência pessoal são citados como determinantes da distribuição das promoções salariais. Seriam os “*apadrinhados*” do chefe que teriam acesso às promoções, os quais nem sempre são os mais eficientes. Expressam sentimento de frustração pela falta de reconhecimento à dedicação prestada. A fala de um trabalhador ilustra este sentimento: “*a gente não é julgado pelo trabalho*”.

Discutem sobre as pressões feitas pela chefia para alcançar a produção estipulada para a semana que, devido aos diversos incidentes que paralisam a produção, deixa de ser alcançada, sendo obrigados muitas vezes a dobrar a jornada de trabalho, o que é percebido como fator de constrangimento responsável pela tensão que freqüentemente ultrapassa os limites do ambiente de trabalho e invade a vida familiar.

O medo de quedas em decorrência do trabalho feito em alturas é manifestado com freqüência. Explicitam um sentimento de frustração pelo fato de a direção não atender às sugestões referentes à colocação de elevadores para substituição das escadas, apresentadas nos grupos de melhoria (GM), instituídos pela empresa. Confirmam que são atendidas apenas as sugestões que dizem respeito à melhoria do produto e da produtividade, aqueles que não causem gastos à empresa.

3.5.2.4 Sofrimento e prazer

Os grupos dividem-se entre gostar e não gostar de trabalhar no setor. Nas atividades de preparação da pintura, expressam repetidamente o sofrimento decorrente do cansaço e das dores no corpo, por trabalhar sobre escadas todo o turno de trabalho e, às vezes, também nas horas extras.

Criticam o sistema tecnológico de trabalho, classificando-o de ultrapassado, mas reconhecem que a empresa teria muitos gastos para instalar outro processo, não sendo, portanto, de seu interesse. Então, os trabalhadores têm que sacrificar sua saúde. Apesar de manifestar conhecimento sobre o desgaste a que possam estar expostos, não acreditam em melhorias com relação à eliminação desses constrangimentos. Um trabalhador assim se expressa: *“eu estou pagando com meu corpo”*; outro preocupa-se com o futuro manifestando-se: *“eu vou ficar com o prejuízo mais tarde”*.

A maioria declara que encontra prazer por estar fazendo um trabalho exclusivo, cujo produto pode ser apreciado visualmente, tanto dentro quanto fora da empresa.

Manifestam orgulho quando viajam e encontram um ônibus em outra cidade, que tenha sido fabricado na empresa, pois sabem que se trata de seu trabalho. Sentimento contrário é manifestado pelo trabalhador do segundo turno, na atividade de asfaltamento, devido ao “*ambiente sujo*” produzido pela pulverização do asfalto. A atividade não lhe proporciona nenhum prazer e declara que a ela se submete apenas porque precisa.

A autonomia de poder chegar, às vezes, atrasado e de circular dentro da empresa sem sanções ou restrições é apontada pela maioria como fator de compensação dos constrangimentos, clima que não encontrariam em outras empresas.

A escolha da profissão, e estar nela por vários anos, é expressida como motivo de privilégio e satisfação. Mas, para chegar a ser um bom pintor e um bom esquematizador, exige-se um processo longo de aprendizado, que não envolve somente aplicar a tinta com rapidez, mas conhecer as escalas, saber ler os projetos e conhecer vários “*macetes*” para que o produto final se torne visualmente agradável.

Desta forma, os setores de pintura acabam tendo tarefas que requerem uma determinada especialização, porém não existe uma homogeneidade; cada posto possui suas próprias especificidades, alguns mais repetitivos e monótonos como na primeira cor e outros menos como o letrista e esquematizador na segunda cor. Porém, depois de aprendida a tarefa, não há outros desafios, nem tampouco uma continuação na carreira. Assim, enquanto a maioria dos trabalhadores deste setor tinham prazer, e um certo orgulho de serem capazes de transformar o produto em algo bonito de ser apreciado, ao mesmo tempo se sentiam frustrados pela falta de perspectiva.

3.5.2.5 Descrição da tarefa

Pulverização do Zinco

Inicia o processo da primeira cor. A carroceria denominada de estrutura, chega ao setor pela primeira vez carregada por um trator, para *pulverizar o zinco*. A atividade é realizada por dois operadores pintores, dentro de uma cabina fechada evitando que o produto se espalhe aos demais setores. Esta consiste em colar papel com fita adesiva sobre o teto da estrutura – quando o carro vem com radiador é empapelado o amortecedor, capô e bagageiro – e fazer a pulverização do produto à base de zinco através de pistola de ar comprimido. Em seguida, o carro é reconduzido à linha para montagem dos demais componentes.

O asfaltamento

O carro retorna ao setor de pintura montado sobre o chassi iniciando-se, então, a atividade de *asfaltamento*, que se constitui de "*empapelar*", ou seja, colar folhas de papel com fita adesiva sobre algumas partes da carroceria para não sujá-las durante a pulverização do asfalto; suspender o carro sobre uma rampa hidráulica à altura de um metro e meio; dividir mentalmente o assoalho em três partes, as laterais "*até uma certa altura*", para então pulverizá-los com asfalto. Estas operações são realizadas por três operadores, utilizando uma pistola sob pressão.

Relatam que para alcançar a altura do carro, sobem através das laterais. Porém, com relação à distribuição dos operadores, há diferenças: no segundo turno não há rodízio entre quem faz a frente, o meio e a traseira, enquanto que no primeiro turno há maior flexibilidade de decisão entre os trabalhadores com relação a rodízio.

A respeito do produto utilizado no asfaltamento, sabem que atualmente é composto à base de água, mas anteriormente utilizavam um produto com "*cheiro forte devido ao solvente*". Afirmam que a empresa teria trocado devido a problemas de saúde

ocorridos com alguns trabalhadores. Enfatizam os benefícios da implantação do novo produto, pois não pulveriza todo o carro, não tem cheiro forte, não polui, não suja, não espalha no ambiente. Referem que sentiram, na qualidade do serviço, na saúde, no ambiente de trabalho “*cem por cento de diferença para melhor*”. Afirmam que não encontram o ambiente tão sujo quanto antes.

Terminado o processo, removem o empapelamento e abaixam a rampa. Dizem que o motorista “*já sabe*” que deverá retirar o carro do setor para levá-lo até o próximo, e então dar continuidade às operações na linha de montagem.

A lavação

O carro é totalmente lavado com pano embebido em solvente para *desengodurar* e retirar qualquer resíduo da lataria. Sobre o produto químico utilizado afirmam desconhecer detalhes pois não têm tempo de “*olhar no rótulo para saber do que é feito*”. Revelam que o produto é trocado com frequência, dependendo do preço. Não acompanham com detalhes essas atividades porque este setor foi terceirizado pela empresa.

A revisão e aplicação da massa

As operações são realizadas por dois pintores, que se revezam semanalmente com outros dois na pintura da base. Depois do carro lavado é feita a revisão para verificar “*amassado*”, “*ponta de lata saltada*” e outras imperfeições. São marcados com giz para serem “*emassadas*”.

Para a atividade de “*emassar*” afirmam que a massa “*vem pronta*”, porém é misturada ao catalisador para diminuir o tempo de secagem. Em relação à forma como se organizam para desenvolver esta atividade, observam-se diferenças nas descrições entre os grupos: no primeiro turno, à medida que um trabalhador vai revisando, o outro vai aplicando a massa; no segundo turno, após o carro revisado, preparam a massa e

aplicam na frente, laterais e traseira, envolvendo ao mesmo tempo os dois trabalhadores.

É consenso que a atividade exige máxima atenção para que não permaneçam imperfeições que impeçam a continuidade da pintura.

Terminada a aplicação da massa em todo o carro, solicitam ao manobrista, através de sinais ou fala, que o leve até a cabina da estufa para queima. Este controla 15 a 20 minutos, retira-o desta cabina e leva-o até a porta da pintura. Dois trabalhadores vêm até este local, fazem o lixamento da massa, “*parqueiam*” e removem toda a poeira e resíduos.

Aplicação da base

Estas atividades são realizadas dentro de uma cabina fechada por dois pintores que se revezam semanalmente com a trabalhadores da revisão e emassamento. Relatam que aplicam uma base de pintura muito fina, chamada de “*fundo*”, responsável pela aderência no acabamento da primeira cor. A tinta vem preparada, sua aplicação é feita com pistola de ar comprimido. Para alcançar a altura do teto e laterais há um elevador nas laterais da cabina que é controlado manualmente pelo operador.

Iniciam as atividades colocando o carro dentro da cabina de pintura, dividindo-o mentalmente em partes, combinando entre si. Cada um inicia fazendo metade do teto, em seguida descem o elevador, um trabalha na traseira e o outro na dianteira; após, cada pintor faz uma lateral e metade do chão. Finalizadas as operações, chamam o manobrista ou comunicam ao chefe do setor para transportá-lo até a estufa, onde permanece 35 a 40 minutos.

Preparação para a primeira cor

Estas atividades de trabalho são realizadas por seis pintores que se revezam semanalmente entre as cabinas de pintura, sendo responsáveis pelo acabamento e preparação do carro para aplicação da pintura predominante, chamada primeira cor.

Revisam cuidadosamente todas as imperfeições encontradas na lataria, aplicam a massa de secagem rápida sobre os “*arranhões*” com auxílio de uma espátula e aplicador. Depois, o carro é “*fosqueado*”, isto é, todas as partes com massa são lixadas com lixadeira. Em seguida fazem a remoção manual da poeira depositada, utilizando pano e bico de ar comprimido. Na seqüência, passam as mãos sobre a superfície da carroceria visando detectar resíduos através do tato e removê-los com o ar comprimido.

As atividades são distribuídas entre os pintores de comum acordo, descrevem-nas como sendo um trabalho delicado, dependente do tato e, portanto, não podendo ser executado com luvas. No catalisador empregado na massa identificam riscos à saúde por se tratar de um produto “*forte, que arde e queima a pele*”.

A pintura da primeira cor

Definem a expressão primeira cor como sendo “*a cor predominante na carroceria*”. Nessa fase é aplicada a pintura básica, sendo necessário o conhecimento do desenho apenas para saber da cor, informações que geralmente são transmitidas pelo supervisor de forma verbal ou em quadro exposto no setor, identificadas através de numeração específica para cada carro ou frota. As cores das tintas e desenhos são definidas pelo cliente e transmitidas pelo setor de vendas.

Na atividade, o pintor que está na cabina vai buscar a quantidade necessária de tinta no setor de preparo e estocagem, chamado capela. Em seguida, antes de iniciar a pintura, passam ar comprimido em toda a lataria do carro, colocam a máscara de proteção, passam creme na área dos olhos, sendo que alguns aplicam-no antes de iniciar

o expediente. Fazem a pintura do carro utilizando pistola com ar comprimido, acessam a altura do ônibus pelo elevador mecânico, controlado pelos pintores.

Ao término da pintura avisam o manobrista, que retira o carro e o conduz até a estufa de onde, após 40 minutos, é novamente retirado e colocado na faixa da segunda cor. Avisa o chefe de setor da primeira cor para fazer a revisão utilizando um *check list*. Na revisão são verificadas possíveis falhas na pintura traduzidas pelas expressões como: “*babado*” é o excesso de tinta que escorreu e deixou saliências; “*pés-de-galinha*” são rachaduras na pintura; “*casca de laranja*” quando a tinta forma pequenas bolhas; outros problemas como sujeiras, rebaixes, quebraduras, marcas de massa, abertura na tinta e marcas de lixa. Ao detectar alguns destes problemas o carro retorna ao setor de preparação da primeira cor para nova pintura ou correções das imperfeições.

A segunda cor

Na definição dos trabalhadores, as atividades de trabalho são mais complexas na segunda cor.

“(...) é um trabalho detalhado, cheio de esquemas, enquanto que na primeira cor em matéria de pintura é mais fácil porque é menos detalhado.”

Aprovado na revisão da primeira cor, o carro é conduzido até o setor de preparação da segunda cor. De posse da ficha com o número e o desenho do carro, o *esquemizador* faz as medições e passa a fita adesiva onde vai ser pintado o desenho. Afirmam que a atividade exige do trabalhador, além do conhecimento de escalas e desenho, muita experiência adquirida no processo diário, requer “*saber os macetes*”. Em caso de erros ou troca na identificação da numeração do cliente, todo o trabalho poderá ser prejudicado. Nesta fase é definido o padrão do carro, exigindo atenção e precisão por parte do operador.

Para executarem o trabalho e inteirar-se sobre as medidas, cores e letras dependem do setor de computação responsável pela execução do projeto da pintura. Os *esquemizadores* – quatro no primeiro e segundo turnos e dois no terceiro turno – de

posse do *esquema*, ou seja do desenho do carro solicitado pelo cliente, iniciam a preparação da pintura fazendo as medições, demarcações e desenhos das faixas e demais decorações.

Os *letristas*, em número de cinco trabalhadores, preparam as letras constantes na *pauta*. A *pauta* também é feita pelo pessoal de projetos, esta é formada pelas letras desenhadas em computador e perfuradas em papel manteiga. Para transferi-las para a lataria da carroceria, o *letrista* calcula sua localização tendo por base o perfil superior da janela e o centro do rodado, exigindo-se, pois, um conhecimento de escala e um *saber-fazer* aprendido com a experiência. Em seguida “*bate a pauta*” no local definido, passando a “*boneca*” de carvão para marcar as letras. Retirado o papel, permanecem as marcas sobre a lataria. Outra pessoa em seguida cola papel adesivo sobre as marcas de carvão, outra recorta com estilete o desenho para demarcar as letras, depois “*esfregam uma esponja*” sobre o papel, fazem o lixamento dos cantos para quebrar o brilho e remover rebarbas. As *pautas* são posteriormente guardadas para serem reutilizadas em outras encomendas pela mesma empresa.

Afirmam que muitas vezes o esquema vem pronto e tem que ser adaptado, demonstrando flexibilidade e decisão no trabalho.

“Os caras lá não sabem se vai dar certo aquele desenho no carro, porque tem chassi que é maior, o carro menor, ou às vezes depende do tipo de desenho, enfim, eles deixam em branco, fica a critério nosso. Até às vezes é mais fácil a nosso critério porque nós colocamos a marcação do nosso jeito.”

O pintor *letrista* trabalha no empapelamento e na cabina de pintura revezando-se. A atividade de empapelamento consiste em proteger a pintura da primeira cor colando papel com fita adesiva sobre a lataria já pintada. Utilizando a largura toda do papel, dobram ao meio e colam uma ponta, em seguida a outra, deixando-o em pé entre os dois desenhos, a névoa da pintura de uma cor cairá sobre o papel evitando manchas do outro lado. A operação exige habilidade no manuseio da pistola por parte do pintor. Descrevem como sendo um trabalho delicado, pois a operação será feita ao mesmo tempo.

A pintura é feita em cabina fechada com pistola de ar comprimido, semelhante ao processo utilizado na primeira cor. Dependendo da pigmentação das cores pintam um desenho de cada vez para evitar manchas. Retiram da cabina, desempapelam e conduzem à estufa para “*curar*” a tinta durante 40 minutos. Novamente empapelam, levam à cabina de pintura, aplicam a outra cor, desempapelam, conduzem à estufa de secagem e assim sucessivamente caso haja outras cores. Por último, fazem a pintura do rodado e a limpeza. Levam o carro ao “*box chile*”, onde aplicam um *check list* de revisão da pintura e lataria. Nos casos em que são detectados pequenos pontos danificados, a recuperação é feita neste mesmo local. Em seguida, o carro retorna à linha, para a revisão final, de onde é liberado para limpeza e entrega.

CAPÍTULO 4

Discussão

O objetivo geral do estudo, da construção de um espaço público – conforme definido por Arent (1997), a partir de uma demanda estimulada no serviço público de saúde através de grupos de trabalhadores adoecidos com Lesões por Esforços Repetitivos e grupos de não adoecidos –, no qual possam expressar a trajetória das suas vivências no trabalho em relação aos constrangimentos e ao sofrimento, para que os mesmos sejam compartilhados, foi, segundo nosso entendimento, alcançado nos grupos pesquisados.

Para efeito de leitura, dividiremos a discussão dos resultados em dois momentos: o primeiro referente ao material produzido pelos grupos de trabalhadores adoecidos; o segundo referente aos grupos não adoecidos.

4.1 Os grupos de trabalhadores adoecidos

Os resultados destes grupos revelam um conteúdo rico em comentários, às vezes de consenso, às vezes divergentes, que inclui concepções subjetivas e hipóteses sobre como e por que ocorrem determinadas vivências relacionadas ao trabalho, possibilitando tomar contato com a subjetividade desses trabalhadores, como define Dejours (1988a) e Dejours et alii (1994) ao discutir a metodologia da psicodinâmica do trabalho.

Diversos tipos de problemas podem ser observados, e as reações patológicas decorrentes da maneira como o trabalho é concebido e organizado reforçam a hipótese do trabalho enquanto gerador de doença, o qual pode ser explicado através da economia psicossomática. Quando os conflitos não conseguem encontrar uma resolução mental,

desencadeia no corpo desordens endócrino-metabólicas que podem apresentar uma influência importante na geração da doença (Dejours,1988a).

Estes conflitos, que se transformam em violências sobre o corpo, estão organizados para serem tratados na esfera privada, o que reforça a importância do trabalho na gênese da doença, transformando-se num problema coletivo no âmbito da empresa e de saúde pública e no âmbito da comunidade como um todo (Sznelwar; Masseti, 1997).

No que diz respeito às questões sociais e de saúde pública do adoecimento, as Lesões por Esforços Repetitivos diferem das demais doenças reconhecidas legal e socialmente como do trabalho, pois enquanto as doenças causadas por agentes físicos do trabalho são mensuráveis, estas carecem desta materialidade e possibilidade física de mensuração. A dor é a referência, gerando conflitos bastante específicos que são vividos pelos trabalhadores dentro e fora do trabalho, porém na individualidade, conforme afirma Arent (1997, p.60).

A doença traz sanções e conseqüências inevitáveis. Estar destituído da capacidade para o trabalho seria a morte social, expressa pela incapacidade de trabalhar em uma sociedade que faz do trabalho sua identidade e a única forma de suprir a necessidade concreta da sobrevivência. Todos precisam trabalhar para sustentar a si e a sua família. Estar impedido dessa capacidade implica discriminações veladas e explícitas.

Uma certa estranheza recíproca com os colegas, identificada entre os trabalhadores da área de informática, e um isolamento profundo entre os trabalhadores industriais em linha de produção, media um espaço de tempo razoável entre os primeiros sinais das Lesões por Esforços Repetitivos, e o auto-reconhecimento do adoecimento. Como discute Ribeiro (1997a), as expressões de tristeza, irritabilidade, sinais premonitórios que acompanham a perda da capacidade para o trabalho são percebidas externa e socialmente como vontade deliberada de não trabalhar.

Os resultados demonstram que o sofrimento vivido pelos trabalhadores adoecidos aparecem como um fenômeno generalizado, relacionado de um lado com as formas como as exigências da divisão do trabalho estão estruturadas e distribuídas no processo e, de outro lado, às violências vividas nas relações com a empresa, serviços médicos da empresa, prestadores de serviços médicos, previdência social. Situação também encontrada nos achados de Sznelwar e Massetti (1997), em estudo com adoecidos por Lesões por Esforços Repetitivos no setor de serviços.

Este sofrimento patológico tem uma trajetória. Quando a doença se faz pública, com o afastamento por determinação médica, um longo caminho já foi percorrido, iniciado anteriormente, quando o trabalhador se depara com a organização do trabalho baseada sobre normas rígidas e fixas, sem espaços para regulações. No caso da indústria, onde a maioria destes trabalhadores estão inseridos, aliadas ao ritmo imposto, as relações hierárquicas são fonte suplementar de ansiedade que intensificam o sofrimento. É uma ansiedade superposta para manter a ansiedade sobre o rendimento de cada trabalhador, expressa através da agressividade, hostilidade e competição (Dejours, 1988a).

Sem sinais objetivos aparentes, o adoecimento vai tomando forma interna, através das dores nos membros superiores, das parestesias, sensações de inchaço e distúrbios musculares, evoluindo para os distúrbios do sono e depressões. O que vai expô-lo e torná-lo objetivo é a incapacidade subjetiva de o adoecido "*fazer o que fazia antes*", os limites que a dor impõe, mas não o sofrimento que a incapacidade provoca. Estes limites definidos pela dor não são facilmente aceitos pelo trabalhador; pelo contrário, recusam-se a negociar consigo e com os outros, formando um clima de constante conflito potencializando o sofrimento.

O adoecimento instalado faz parte de um processo de busca de equilíbrio entre o sujeito e a organização, na qual estariam inseridas as pressões e as violências responsáveis pelo sofrimento. Sznelwar e Massetti (1997) discutem a questão do afastamento como um emblema socialmente legitimado para retirar o sujeito do sofrimento excessivo.

Mas o afastamento encontra uma relação de resistência por parte da empresa, da seguridade social dos médicos do seguro privado e, até, do adoecido que, por razões diversas, resiste, gerando conflitos e uma rede suplementar de sofrimento.

O afastamento do trabalho por tempo inferior a 15 dias é, por lei, competência do empregador; acima passa a ser de competência do INSS, junto com a obrigação do afastamento do segurado e a conseqüente estabilidade pelo período de um ano. A maioria das empresas evitam afastamentos prolongados, concedendo vários afastamentos sucessivos, inferiores a 15 dias, evitando com isso o ganho dos direitos legais ao trabalhador.

O laudo do médico que assiste o doente é a peça mais importante e desencadeadora de todo processo de reconhecimento legal da doença. Se a documentação for encaminhada através de laudo circunstanciado, o que é raro, torna-se mais fácil, mas não é necessariamente resolvido. Não havendo um laudo detalhado, não se estabelece a relação da doença com o trabalho imediatamente – o que ocorre com a maioria dos casos – sendo o empregado, então, transferido a outras instâncias, serviços próprios das empresas ou ao serviço de saúde do trabalhador/SUS.

Este processo forma um movimento que funciona como vasos comunicantes por onde passam as tensões do sistema, um movimento de vai-e-vem, ora aliviando uma ponta e ora tensionando na outra (Sznelwar; Masseti, 1997).

Postos nessa trajetória, frente a essa rede de resistência tecno-burocrática, e vivendo seu sofrimento e incapacidade de trabalhar e de “*levar a vida*”, que aparece insolúvel, não é de estranhar o tom de ceticismo e acusatório das queixas dos adoecidos: entre os afastados, principalmente em relação aos médicos peritos do INSS; entre os não afastados, em relação aos médicos do trabalho da empresa, dos profissionais que cuidam da realocação dos adoecidos nas empresas. Sobre os médicos que os assistem, paira a desconfiança quanto à eficácia dos tratamentos aplicados e da capacidade de conduzir à cura.

A percepção individual dos adoecidos em relação a estes profissionais, longe de ser atribuída a preconceitos ou exigências descabidas, deixa antever as relações próprias e socialmente impróprias dessas instituições, reforçando um tipo de modelo médico-assistencial, medicalizador de baixa eficácia, que não intervém sobre os fatores determinantes do sofrimento e do adoecimento, ou seja, sobre as condições e muito menos sobre a organização do trabalho. Com relação a essa questão, os achados de Sznelwar e Massetti (1997) comprovam que os médicos do trabalho das empresas encontram um paradoxo pois, ao mesmo tempo que sabem que a situação de trabalho gera um sofrimento patológico, não têm poder de transformá-la.

Fica claro que os tratamentos oferecidos pelas várias clínicas pelas quais passaram – ortopédicas, neurológicas, fisioterápicas – não oferecem uma visão integral do problema. A identificação de um certo *atardimento* por parte dos profissionais é reconhecido nos procedimentos. Para Ribeiro (1997a), as Lesões por Esforços Repetitivos, afora o fato de serem lesões que atingem as pessoas individualmente, têm, enquanto doença social e do trabalho, uma dinâmica própria. A sua estreita relação com o trabalho requer do profissional uma intervenção além da simples terapêutica tradicional, pois suas conseqüências atravessam o cotidiano dos adoecidos, atingindo o grupo social no qual está inserido. Conhecimentos nas áreas das Ciências Sociais, Ergonomia, Epidemiologia são instrumentos imprescindíveis para compreensão global da realidade geradora das queixas vivenciadas pelos grupos de adoecidos.

Para Dejours (1994), o sofrimento é inevitável e onipresente, e tem raízes na história pessoal, que se concretiza na qualidade das aspirações, desejos, motivações e necessidades psicológicas que compõem e integram esta história. Este torna-se patológico à medida que o cenário encontrado não apresenta margem de liberdade e que todas as estratégias defensivas foram exploradas.

Nos resultados, fica evidente o papel do tipo de organização de trabalho encontrada pelos trabalhadores, tanto no setor de serviços quanto da indústria, e a relação com o processo de adoecimento. Estes trabalhadores fazem parte de uma organização do trabalho cuja divisão de tarefas fragmenta, torna-o repetitivo e com

conteúdo impróprio, que leva à aceleração e intensificação, que impede a mobilização do desejo, e o eclipsamento do sujeito. Este processo de sujeição do trabalhador, proporcionado pela organização do trabalho, tendo como alvo o desejo do sujeito, expressa-se objetivamente de maneira trágica, através do adoecimento do corpo (Dejours, 1994), identificado aqui no desenvolvimento das Lesões por Esforços Repetitivos.

Por outro lado, chama a atenção o fato de que os conflitos familiares são raramente explicitados nas falas dos adoecidos, agem como se as relações dentro de casa devessem continuar no espaço privado e, portanto, preservado das revelações públicas. Essa atitude pode ser subentendida como estratégia de defesa contra a exposição de questões e conflitos, cuja revelação e compartilhamento no grupo não lhes parecem interessantes.

Durante os encontros, formou-se um espaço de troca de informações, sentimentos e emoções entre os trabalhadores adoecidos, que proporcionou um despertar para o fato de que muitos presentes e outros citados vivenciam situações semelhantes, cada um com sua história, porém com uma relação em comum: o adoecimento decorrente da situação de trabalho. Ao mesmo tempo, cresce entre alguns a compreensão de que as condições de trabalho vivenciadas, as relações interpessoais com chefias, com profissionais médicos e instituições públicas têm relação com a desapropriação de seus direitos, o que faz crescer a necessidade de conhecê-los.

A falta de informações sobre o adoecimento, como se desenvolve no corpo, quais estruturas são acometidas, quais os tipos de tratamento possíveis, qual o prognóstico de cura e de manutenção no trabalho são dúvidas compartilhadas pela maioria. Dispor de um espaço para discussão e esclarecimento dessas questões contribui para entender e conviver com o problema de forma mais adequada.

A constatação da fragilidade das saídas individuais por parte de alguns trabalhadores não é suficiente, por si mesma, para romper com todo um sistema de sujeição e alienação; a busca de um movimento coletivo não significa rupturas mais

profundas, pois a consolidação deste processo permanente demanda a existência de agentes mobilizados, com entendimento do problema social e de saúde pública.

4.2 Os grupos de trabalhadores não adoecidos

Os conteúdos da discussão do espaço de expressão dos trabalhadores “sadios” difere daqueles dos adoecidos. Enquanto predomina entre os doentes a discussão do sofrimento dentro e fora do trabalho, entre os trabalhadores não adoecidos observa-se uma predominância da descrição operacional do trabalho prescrito, o que não significa a eliminação da subjetividade; pelo contrário, poderia estar indicando para a relação sofrimento/defesa, onde estariam presentes estratégias de defesa coletivas de percepção dos riscos presentes nas situações de trabalho.

Dejours (1988a, p.150) postula que *“se o comentário desaparece, é porque há um dispositivo defensivo estabelecido para lutar contra a percepção, ou seja, contra o patético, ou contra o sofrimento”*. Os resultados apresentados não permitem fazer este postulado com segurança, nem aprofundar tais questões, porém colocam interrogações e algumas pistas, com relação ao medo e ao perigo expressos objetivamente pelos trabalhadores ao descreverem suas tarefas em relação aos riscos percebidos no ambiente de trabalho.

As condições de trabalho em relação à saúde física são objetivamente apontadas pelos trabalhadores como fonte de medo e perigo. O risco eminente para o corpo não pode ser negado, porém no discurso do medo figuram componentes de ansiedade, pois a própria palavra como discute Dejours (1988a) vem carregada de subjetividade.

Sobre as condições de temporalidade determinadas pela organização das tarefas, as quais demandam impacto sobre o corpo, gerando uma certa ansiedade, observa-se que se superpõe a gerência, dividindo e demonstrando favoritismo numa rede de

relações informais, aumentando a ansiedade e a competição sobre a produtividade, reforçando relações agressivas e de impacto sobre o aparelho mental.

Entre os comentários que permeiam as descrições objetivas, identifica-se que o sofrimento e o prazer não se encontram em instâncias separadas ou específicas, conforme discute Ferreira (1993) nos seus estudos com Análise Coletiva do Trabalho. A mesma organização do trabalho que é fonte de sofrimento para uns, é de prazer para outros, dependendo das estratégias e dos ajustamentos que estes trabalhadores possam lançar mão para compensar as pressões impostas pelo trabalho.

Para Dejours (1988a) a ansiedade e a insatisfação podem ser sintoma de sofrimento. Observa-se a insatisfação com o sistema tecnológico e sintomas de ansiedade nas relações com a chefia e na relação com os constrangimentos do ambiente de trabalho.

Na análise desses grupos, chama a atenção a presença de uma *inteligência da prática*¹ observada nas revelações das descobertas práticas dos “*macetes*” e dos *quebra galhos*², no que se refere à preparação e execução da pintura. Essa característica constitui a adição de inovação em relação ao trabalho prescrito (Dejours, 1997, p.50).

Porém, o exercício destas subversões, quando mantido protegido do conhecimento dos demais colegas e da gerência, oferece um risco ao trabalhador de ter que assumir sozinho as conseqüências do rompimento com a prescrição. Por outro lado, expô-lo dentro de um coletivo implica visibilidade e publicidade, podendo se tornar fonte de sanções (Dejours, 1997p.58). Nesse caso, para que tenham ocorrido estas revelações, pressupõe-se ter havido a criação de um espaço de discussão cuja comunicabilidade esteve garantida, e um nível de confiança fundamentado na

¹ Implica idéia de astúcia, que comporta dois lados: um primeiro em que a astúcia se coloca em relação ao real, à inovação do objeto que é rotina no trabalho. A astúcia, essencialmente fundamentada na mobilização subjetiva, passa pela familiarização com o processo de trabalho, por colocar em ressonância o corpo com a matéria ou a máquina, permitindo antecipar e intuir os acontecimentos. O segundo lado, refere-se à astúcia como um espaço privativo onde possa fazer tentativas e ensaios ao abrigo dos olhares exteriores (Dejours, 1997).

² “No mundo do trabalho usado para designar as infrações cometidas no exercício do trabalho cotidiano para alcançar o máximo dos objetivos das tarefas fixadas pela organização” (Dejours, 1997).

competência ética do coletivo, baseado sobre relações entre os pares, construído e estabelecido dentro do referido espaço.

O fato de ter sido uma demanda estimulada e de os grupos terem-se reunido dentro da empresa trouxe algumas conseqüências: de um lado, a situação favoreceu a pesquisa devido à proximidade com os materiais e com o ambiente, portanto as demonstrações e discussões sobre o trabalho prescrito e o ambiente de trabalho ficaram mais próximas, porém as revelações, os comentários sobre a situação real de trabalho não foram favorecidas. A empresa, por sua vez, não se sentiu comprometida e não deu respostas quanto ao relatório apresentado.

4.3 A questão do método

Para Ferreira (1993, p.17), o método é uma espécie de chave sem a qual não conseguiremos adentrar em recinto trancado e, conseqüentemente, não poderemos descobrir o que tem dentro dele. O método aplicado nesta pesquisa revelou-se apropriado para as descobertas das vivências dos trabalhadores em relação aos constrangimentos do trabalho, como também propiciou a comparação entre dois momentos – estar ou não doente no trabalho – além de permitir falar disso dentro do espaço físico da empresa ou no serviço público de saúde.

Os resultados são positivos, os grupos trabalham com interesse e revelam-se surpreendentes, com conteúdos diferenciados entre os mesmos, tendo o sofrimento e a organização do trabalho como elementos comuns, tanto para doentes quanto para “sadios”, em processos e intensidade diferente. A construção do espaço público de expressão faz desvendar progressivamente um conjunto de elementos encobertos, revelando um conjunto de elementos objetivos e subjetivos relacionados ao processo de trabalho. Em poucas horas de reunião, como discute Ferreira, obtém-se uma densidade de informações e um grau de emoção dificilmente adquiridos de outra forma.

As técnicas baseadas na desprivatização e na desindividualização da palavra dos trabalhadores, no sentido definido por Arent (1997), possibilitaram a construção de um espaço de interação social entre os mesmos, dentro da empresa e dentro do serviço público de vigilância à saúde do trabalhador, resultando em conteúdos diversos, os quais incluem comentários sobre as vivências dos riscos no trabalho em relação às consequências do adoecimento; discussões com posições de consenso e contrárias; descrições operacionais sobre as tarefas, descrições das exigências da tarefa (constrangimentos), gerando informações essenciais ao entendimento das relações entre o adoecimento e as condições postas pelas condições de trabalho e pela organização do trabalho.

A oportunidade de falar sobre o trabalho real, mas também sobre o prescrito, de seus efeitos sobre a saúde e de expressar a vivência do adoecimento no trabalho inicia um processo de escuta e de discussão sobre o assunto que vai interpretando-se e reinterpretando-se a cada novo encontro, à medida que as discussões vão sendo devolvidas para o grupo.

O pesquisador, além do trabalho de mediação e de escuta dos componentes objetivos do trabalho (modos operatórios, condições do ambiente e outros), com um mínimo de intervenção, necessita de um esforço especial para detectar as relações existentes entre os comentários, expressões positivas ou o silêncio a respeito de certos temas e as características da organização do trabalho, relatá-las e devolvê-las a cada grupo em cada sessão. Cabe-lhe, ainda, redigir um documento relatório final e validá-lo no grupo com as modificações apontadas, utilizando os dados e o documento final posteriormente para discussões com a empresa no sentido de intervir e modificar a situação de trabalho encontrada.

Com relação ao valor agregador da interpretação “*correta*”, para garantir a continuidade das discussões sobre o sofrimento no trabalho, Dejours (1988a, p.145) chama a atenção para o fato de a deontologia da psicodinâmica do trabalho exigir que se interpretem as defesas coletivas sem cometer violências. A exposição dos sentimentos referentes ao sofrimento e à dimensão subjetiva da exploração pode, às vezes, ser

intolerável do ponto de vista da continuidade das discussões e do retorno ao trabalho, colocando a continuidade das discussões em risco. A interpretação adequada é aquela que no processo da exposição e de desmonte dos sistemas de defesas consegue reconstruir novos sistemas defensivos. Nesse ponto conjuga-se a dimensão deontológica e técnica às quais o pesquisador terá de estar atento.

Considerando que o conceito de vigilância em saúde do trabalhador delimita a sua intervenção na articulação de ações voltadas para as dimensões individual e coletiva no campo da saúde pública em torno da relação entre processo de trabalho e saúde (Machado, 1996), verifica-se a viabilidade no que se refere ao objetivo da aplicação do método visando subsidiar ações de vigilância em saúde do trabalhador, com relação à expressão do sofrimento e do adoecimento no trabalho. O espaço público de expressão, como o que foi construído dentro do serviço de saúde pública, abre um campo de práticas reveladoras das situações de trabalho, alimentado-o com informações qualitativas para futuras intervenções.

Finalmente, sabendo que a delimitação entre ciência e vigilância é dada por seus objetivos – enquanto a ciência persegue a verdade do saber, a vigilância persegue o saber para agir (Machado, 1996, p.119) –, nessa ação constante de intervir, pertinente às atividades de vigilância, também gerar conhecimento, suprindo-a de novos saberes, num movimento dialético de retroalimentação, produzindo, assim, dentro das ações de saúde do trabalhador, também ciência.

CAPÍTULO 5

Conclusões

A partir das atividades desenvolvidas com os grupos de expressão, podemos dividir as conclusões em dois aspectos: o primeiro, sobre as condições, organização do trabalho e conteúdo da tarefa que emergiram das discussões dos grupos; o segundo, com referência ao método aplicado e sua relação com a vigilância em saúde.

A situação de trabalho apresentada pelos vários grupos de expressão contém uma complexa diversidade de variáveis que se integram. Os operadores, por sua vez, procuram mobilizar estratégias para enfrentar as demandas de trabalho e efetuar as regulações frente à tarefa concebida.

Os adoecidos, quando solicitados a descrever um dia de trabalho completo, preferem fazê-los centrados nos fatores de constrangimento que os impedem de acompanhar a produção. Referem-se com frequência ao ritmo de trabalho imposto, à pressão da produção e aos sintomas de fadiga e dores, numa demonstração de luta constante entre desejo e realidade, ou seja, entre a necessidade de adaptar-se à organização em que as aspirações e competências individuais necessárias à realização da atividade estão comprometidas.

A organização do trabalho descrita pelos trabalhadores, compreendendo o conteúdo das tarefas e as relações interpessoais, apresenta-se baseada sobre a concepção da Organização Científica do Trabalho, a qual se consolida sobre um maior volume de trabalho, num mínimo de tempo gasto para produzir. Uma série de constrangimentos são relatados, como: repetitividade; aumento das cadências e intensificação do ritmo de trabalho; restrições à livre movimentação; falta de espaço para discussão das dificuldades e para dar sugestões; individualismos estimulando a competitividade;

relações hierárquicas conflituosas e tensas. Estes fatores aumentam significativamente as cargas de trabalho físicas e psíquicas, com riscos de adoecimento.

A representação de trabalho pesado entre os trabalhadores pesquisados apresenta-se relacionada com o sofrimento físico. Esta representação é construída a partir dos fatores de constrangimentos ligados às condições e à organização das tarefas, os quais elevam a carga física e se manifestam no corpo dos trabalhadores, através das queixas de fadiga e das dores musculares, proporcionando riscos iminentes à saúde.

Através do conteúdo relatado é possível constatar que a distribuição temporal das tarefas não se apresenta uniforme entre os trabalhadores da linha de produção, o ritmo de trabalho em alguns pontos precisa ser intensificado para que a produção possa fluir continuamente. Os operadores nestes “pontos de gargalos” trabalham em ritmo acelerado e sob pressão intensa, o conhecimento destes impedimentos possibilita a localização de pontos de tensão.

As relações de mercado aparecem diretamente relacionadas com os fatores de intensificação das cargas de trabalho, e estas, atuando conseqüentemente sobre o sofrimento destes trabalhadores. A reestruturação organizacional e tecnológica descrita pelos trabalhadores tem como resultado a intensificação do ritmo, com aumento do número de peças ou do volume de trabalho produzido em menor tempo. A necessidade de aumentar a produção, em decorrência da competitividade no mercado, a necessidade de resolução dos problemas de “interface” aqueles que trabalham com automação e dos incidentes produzidos pelas modificações têm que ser de alguma forma absorvida pelos trabalhadores, que precisam desenvolver estratégias de adequação, o que é altamente restrito pelo tipo de organização apresentada, resultando em tensões e fadigas, aumentando assim os riscos do adoecimento.

Os principais focos de tensão e, conseqüentemente, de conflitos decorrentes das relações interpessoais na produção podem ser reconhecidos sobretudo entre o superior hierárquico, que aparece utilizando estratégias formais e informais para garantir a sujeição ao processo de produção, e a contenção do desejo de subversão ao trabalho

prescrito. Outro foco de tensão importante estaria na competição entre os colegas, repetidamente referido pelos trabalhadores. Estes fatores de constrangimento são determinantes para que o silêncio se instale e as violências do trabalho sejam privatizadas.

Com relação ao sofrimento no trabalho, os resultados demonstram que este atinge tanto trabalhadores adoecidos como não adoecidos. Mostra-se em maior ou menor intensidade de acordo com as situações de constrangimentos e de variabilidade encontradas na organização do trabalho, as quais favorecem ou desfavorecem as regulações em relação à tarefa prescrita e à atividade realizada, confirmando estudos referenciados no presente trabalho.

O adoecimento tem uma relação direta com o sofrimento no trabalho, apresenta-se como uma espécie de rompimento social, devido à quebra dos compromissos assumidos com a produção e, subjetivamente, com as violências nela contidas. As conseqüências são as pressões e o isolamento. Nos caso das Lesões por Esforços Repetitivos, o processo de isolamento agudiza-se devido à falta de mensuração dos sinais e sintomas que compõem estas doenças.

O processo de negação da doença do trabalho e de invalidação do trabalhador é difuso, ocupando várias instâncias, expressando-se em conteúdos semelhantes, através de pressões no trabalho e fora deste. As mais diretas são exercidas pelas chefias imediatas e pelos colegas não adoecidos. Suplementarmente, identificam-se as instituições públicas de saúde e de seguridade social, cuja falta de métodos de abordagem e de intervenção em relação à compreensão das violências vividas pelo adoecido no trabalho, tende a aprofundar uma desconfiança generalizada.

A incompreensão em relação ao sofrimento e à ausência de intervenções sobre os constrangimentos presentes nos processos de trabalho por parte de gerentes, médicos, demais profissionais de saúde e trabalhadores tem levado a uma exposição continuada aos fatores de risco, tornando a incapacidade, a princípio temporária, crônica. A cura e o retorno às atividades de trabalho executadas antes tornam-se cada vez mais remotos.

Em relação aos constrangimento levantados pelo estudo, concluímos que todos os fatores apontam para um fato: o adoecimento não é resultado das características individuais dos sujeitos, uma vez que inúmeras pessoas são acometidas, e as queixas de desconforto e dores aparecem inclusive entre os não adoecidos. Portanto, doentes estão estes processos de trabalho que não oferecem flexibilidade bastante para que os trabalhadores possam adaptá-los aos seus desejos, às necessidades de seus corpos e às variações de seus espíritos.

O trabalho necessariamente não tem que ser nocivo à saúde, nem o sofrimento necessariamente patogênico. O trabalho pode ser tolerável ou francamente favorável à saúde física e mental, a questão não é eliminar o sofrimento, mas transformá-lo, torná-lo compatível com a criatividade humana. Este é um compromisso ético que precisa ser disseminado e assumido, não somente pelos técnicos em saúde e trabalho, mas pelas instituições responsáveis pela saúde dos trabalhadores.

Não podemos deixar de concluir que a concepção institucional no campo da fiscalização do trabalho, em relação à saúde destes trabalhadores, não corresponde aos problemas enfrentados por eles, uma vez que em nenhum momento referem-se à Delegacia Regional do Trabalho ou ao Sistema Único de Saúde, como órgãos legítimos, capazes de intervir no processo de sofrimento cotidianamente vivenciado.

Sobre a apropriação do espaço público proporcionado pelo método aos trabalhadores, verifica-se que entre os grupos de adoecidos e não adoecidos as dinâmicas se dão de formas diferentes em relação aos encaminhamentos dos resultados. Enquanto os trabalhadores não adoecidos reconhecem que os encontros serviram para conhecer e trocar informações sobre como o colega executa sua tarefa, diante dos resultados, limitam-se a comentá-los e solicitar o envio à empresa. Esta por sua vez, limita-se a receber o relatório.

Os adoecidos apresentam uma maior liberdade de apropriação do espaço construído ao longo das reuniões, bem como de buscar perspectivas para seus

problemas na organização dos trabalhadores, através da formação da Associação de Portadores de Lesões por Esforços Repetitivos.

O desenvolvimento de métodos e técnicas de expressão dos constrangimentos do trabalho, no interior do setor saúde, proporciona instrumentos factíveis de evidenciação precoce dos agentes determinantes, que interagem intra e extramuros, sobre a saúde dos trabalhadores. Dada a complexidade do tema, abordar questões referentes às relações entre a organização do trabalho e saúde requer reconhecer a necessidade da utilização de diferentes aportes teóricos e metodológicos: sociológico, epidemiológico, psicológico, ergonômicos e outros.

Neste viés, os dados empíricos gerados e aqui apresentados são ainda insuficientes para conformação de um modelo de vigilância à saúde. Porém proporcionam um ensaio com os esquemas teóricos propostos, sem a pretensão de apresentar aqui um modelo definitivo, principalmente por tratar-se de um estudo inicial, em que as técnicas não se encontram suficientemente aprimoradas pelo pesquisador. Os resultados são, portanto, o reflexo dessas limitações.

Neste sentido, parece-nos que merecem estudos mais aprofundados nos aspectos referentes à abordagem do sofrimento como sintoma que antecede o adoecimento, bem como na aplicação das técnicas para construção do método:

- continuidade deste tipo de estudo, estabelecendo-se comparações com trabalhadores portadores de outras afeções e com outros setores da atividade;
- a viabilidade da implantação sistemática de um espaço de expressão dos trabalhadores, dentro do serviço de vigilância à saúde visando complementar com informações as vistorias realizadas *in loco*, rotineiramente pelo serviço;
- implantação de protocolos de investigação do sofrimento no trabalho e fora deste, para dar subsídio ao diagnóstico e tratamento das Lesões por Esforços Repetitivos nos serviços públicos de saúde;
- realização de estudo com a Associação de Portadores de Lesões por Esforços Repetitivos para compreender a dinâmica estabelecida após a apropriação do espaço de discussão e as formas encontradas para ampliá-lo.

Sugerimos que estas investigações sejam realizadas de maneira interdisciplinar, incluindo profissionais de outras instituições. A cooperação poderia ser buscada junto aos diversos órgãos envolvidos, como Delegacia Regional do Trabalho, do INSS e órgãos representativos dos trabalhadores, abrindo-se, assim, espaço para consolidação de uma rede de informações qualitativas a respeito da situação de trabalho e saúde nos diversos setores de atividade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABRAHÃO, J.I. *Ergonomia : modelo, métodos & técnicas*. Brasília : [s.n.], 1993.
- AIACH, P.; LECLER, A.; PHILIPPE, A. Facteurs de différenciation dans la déclarations de symptômes. *Revista Epidem et Santé Publ.*, 29:27-44, 1981.
- ALBUQUERQUE, E. *A foice e o robô : as inovações tecnológicas e a luta operária*. São Paulo : Página 7 Artes, 1990.
- ANDRÉ, L.M. *Heróis da lama : sobrecarga emocional e estratégias defensivas no trabalho de limpeza pública*. São Paulo, 1994. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Departamento de Prática de Saúde Pública – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- ARENDT, H. *A condição humana*. Rio de Janeiro : Forense Universitária, 1997.
- ASSUNÇÃO, A.A. et alii. Lesões por esforços repetitivos : descrição de aspectos laborais e clínicos em casos do ADP/UFMG. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 80(21):13-22, 1993.
- ATHERLEY, G. Human rights versus occupational medicine. *Internacional Journal of Health Service*, 13(2), 1983.
- BARREIRA, T.H. de C. A tarefa de enrolamento de produtos agulhados. *Relatório*. [S.I.] : Fundacentro, 1991.
- BORGES, L.H.; JARDIM, S.R. Organização do trabalho e saúde mental. In: CONGRESSO LATINO AMERICANO DE ERGONOMIA & CONGRESSO BRASILEIRO DE ERGONOMIA (4.; 8. : 1997 : Florianópolis). *Anais...* Florianópolis : Fundacentro/Associação Brasileira de Ergonomia, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Norma operacional de saúde do trabalhador no SUS. – Documento preliminar. [S.I. : s.n.], 1994.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde do Trabalhador. Manual de normas e procedimentos técnicos para a vigilância em saúde do trabalhador no SUS – Proposta preliminar para análise. [S.I. : s.n], 1995.
- BRASIL, Ministério da Previdência Social. Estatística. Resultados Alterados. *Revista Proteção*. 69: 54-55. Novo Hamburgo, 1997
- BRASIL, Ministério da Previdência Social. Diretoria de Seguro Social. Norma Técnica sobre Distúrbios Osteo-musculares Relacionados ao Trabalho/DORT. Ordem de Serviço 606. D.O. 158. Seção I: 28-38, 1998.

- CARVALHO, R. de Q. Projeto de primeiro mundo com conhecimento e trabalho do terceiro? *Textos para discussão*. Instituto de Geociências - UNICAMP. Campinas, 1992.
- . *Tecnologia e trabalho industrial : as implicações sociais da automação microeletrônica na indústria automobilística*. Porto Alegre : L&PM, 1987.
- CASTRO, N.A de (Org.). *A máquina e o equilibrista : inovações na indústria automobilística brasileira*. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1995.
- CASTELLANOS, P.L. Epidemiologia, saúde pública, situação de saúde e condições de vida. Considerações conceituais. In: BARATA, R.B. (Org.) *Condições de vida e situação de saúde*. Rio de Janeiro : ABRASCO, 1997. p. 31-75.
- CODO, W.; ALMEIDA, M.C.C.G. (Org.). *LER : diagnóstico, tratamento e prevenção : uma abordagem interdisciplinar*. Petrópolis, RJ : Vozes, 1995.
- CORRÊA FILHO, H.R. *Percepção de riscos na ocupação precedendo lesões do trabalho : um estudo no município de Campinas, São Paulo, 1992-1993*. São Paulo, 1994. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Departamento de Saúde Ambiental – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- COSTA, D.F. et alii. *Programa de saúde dos trabalhadores – A experiência da zona norte : uma alternativa em saúde pública*. São Paulo : Hucitec, 1989.
- CUNHA, C.E.G. et alii. L.E.R. – Lesões por esforços repetitivos, revisão. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, 76(20):47-59, 1992.
- DANIELLOU, F. et alii. Ficção e realidade do trabalho operário. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 68(17):7-13, 1989.
- DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 54(14):7-11, 1986.
- . *A loucura do trabalho : estudo de psicopatologia do trabalho*. 3. ed. São Paulo : Cortez/Oboré, 1988a.
- . *O corpo : entre a biologia e a psicanálise*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1988b.
- et alii. *Psicodinâmica do trabalho*. São Paulo : Atlas, 1994.
- . Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In: CHANLAT, J.F. (Coord.) *O indivíduo na organização : dimensões esquecidas*. São Paulo : Atlas, v. I, 1996. p. 149-173.

- . *O fator humano*. Rio de Janeiro : Fundação Getúlio Vargas, 1997.
- DUCAN, B.B. et alii. Fatores de risco para doenças não transmissíveis em área metropolitana na região sul do Brasil. Prevalência e simultaneidade. *Revista Saúde Pública*, 27(1):43-48, 1993.
- DURAFFOURG, J. et alii. *Analyse des activites de l'homme en situation de travail : principes de methodologie ergonomique*. CNAM – Département des Sciences de l'Homme au Travail – Laboratoire de Physiologie du Travail et d'Ergonomie. Paris, 1977.
- ECO, U. *Como se faz uma tese*. São Paulo : Perspectiva, 1995.
- FACCHINI, L.A. *Proceso de trabajo, cambio tecnologico y desgaste obrero el caso del ingenio de azucar "Adolfo Lopez Mateos"*. México, 1986. Tese (Mestrado em Medicina Social) – Unidad Xochimilco – Universidad Autonoma Metropolitana.
- FERREIRA, L.L. *Influência do fator humano nos acidentes de trabalho*. São Paulo : Faculdade de Saúde Pública da USP, 1975.
- . *Condições de trabalho e sentimento "fadiga" : um caso no setor de costura na indústria de vestuário na França*. [S.I.] : Fundacentro, 1980.
- . Trabalho em turnos : temas para discussão. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 58(15):27-32, 1987.
- ; MACIEL, R.H. A digitação vista pelos digitadores. *Trabalho apresentado no Seminário Padrões Tecnologias e Políticas de Gestão : Processo de Trabalho na Indústria Brasileira*. São Paulo, maio/dez. 1988.
- . Conhecer a diversidade e trabalhar com a flexibilidade : um desafio para a ergonomia. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 71(18):50-52, 1990.
- ; BARREIRA, T.H. de C. Lesões por esforços repetitivos com ritmos elevados numa empresa metalúrgica. *Relatório elaborado pelo Setor de Ergonomia da Fundacentro*. São Paulo, 1992.
- . Análise coletiva do trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 78(21):7-19, 1993.
- et alii. *Análise coletiva do trabalho entre funcionários de um centro de reabilitação profissional da previdência social, em São Paulo*. Coordenadoria de Ergonomia da Fundacentro. [S.I. : s.n.], 1995.
- ; IGUTI, A.M. *O trabalho dos petroleiros : perigoso, complexo, contínuo e coletivo*. São Paulo : Scritta, 1996.

- FIALHO, F.; SANTOS, N. dos. *Manual de análise ergonômica no trabalho*. Curitiba : Genesis, 1995.
- FISCHER, F.M.; GOMES, J. da R.; COLACIOPPO, S. (Org.). *Tópicos de saúde do trabalhador*. São Paulo : Hucitec, 1989.
- FLEURY, A.C.C. Rotinização do trabalho : o caso das indústrias mecânicas. In: FLEURY, A.C.C.; VARGAS, N. (Org.) *Organização do trabalho – Uma abordagem interdisciplinar : sete estudos sobre a realidade brasileira*. São Paulo : Atlas, 1994. p. 84-106.
- FRIEDMANN, G. *O trabalho em migalhas*. São Paulo : Perspectiva, 1972.
- FROINES, J.R. et alii. Occupational Health Surveillance : a means to identify work – related risk. *AJPH*, 76(9):1089-1096, 1986.
- GAILLARD, A.W.K. Comparing the concepts of mental load and stress. *Ergonomics*, 36(9):991-1005, 1993.
- GARCIA, R.M. Abordagem sócio-técnica : uma rápida avaliação. *Revista de Administração de Empresas*, 20(3):71-77, 1980.
- GARCIA, J.C. A categoria trabalho na medicina. In: NUNES, E.D. (Org.) *Pensamento social em saúde na América Latina*. São Paulo : Cortez; Rio de Janeiro : ABRASCO, 1989. p. 100-124.
- GERSEHMAN, S. *A democracia inclusa em estudo da reforma sanitária brasileira*. Rio de Janeiro : Fiocruz, 1995. p. 41-44.
- GRANDA, E.; BREILH, J. *Saúde na sociedade : guia pedagógico sobre um novo enfoque do método epidemiológico*. 2. ed. São Paulo : Cortez/Instituto de Saúde; Rio de Janeiro : ABRASCO, 1989.
- GRANDJEAN, E. Ergonomia : ajustando a tarefa ao homem. *Revista Saúde & Trabalho*, 1(2):141-143, 1987.
- . O papel da ergonomia na medicina do trabalho. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 32:31-36, 1980.
- GUÉRIN, F. et alii. *Comprendre le travail pour le transformer : la pratique de l'ergonomie*. Montrouge : Anact, 1991.
- GUSTAVE, N.F. Espaço, identidade e organização. In: CHANLAT, J.F. (Coord.) *O indivíduo na organização : dimensões esquecidas*. São Paulo : Atlas, v. II, 1996. p. 81-102.
- GUTIERREZ, P.R. Municipalização: uma proposta metodológica para implantação de vigilância à saúde do trabalhador. *Saúde em Debate*, 37:51-55, 1992.

- HERRMANN, F. *O que é psicanálise*. São Paulo : Abril Cultural/Brasiliense, Coleção Primeiros Passos, 1984.
- HODEBOURG, J. *Le travail c'est la santé?* 4. ed. Paris : Vo, copyright.
- INFORMACUT. Plano de lutas – Unificar as lutas, mobilizar a sociedade e construir propostas para reformas populares. *CUT*. São Paulo, 257:5-17, 1995.
- IIDA, I. *Ergonomia : projeto e produção*. São Paulo : Edgard Blücher, 1993.
- KUORINKA, M. et alii. Participation in workplace design with reference to low back pain : a case for the improvement of the police patrol car. *Ergonomics*, 37(7):1131-1136, 1994.
- KUORINKA, I. Repetitive work in perspective. *Ergonomics*, 38(8):1686-1690, 1995.
- LAURELL, A.C. Processo de trabalho e saúde. *Revista Saúde em Debate*, 11:8-22, 1981.
- . A saúde-doença como processo social. *Revista Latinoamericana de salud*, México, 2:7-25, 1982.
- ; MÁRQUEZ, M. *El desgaste obrero em México : processo de producción y salud*. México : Era, 1983.
- ; NORIEGA, M. *Processo de produção e saúde : trabalho e desgaste operário*. São Paulo : Hucitec, 1989.
- LEITE, M. de P. Reestruturação produtiva, novas tecnologias e novas formas de gestão da mão-de-obra. In: COMIN, Á.A. et alii. *O mundo do trabalho : crise e mudança no final do século*. São Paulo : Página Aberta, 1994. p. 563-587.
- LEONARD, R. La représentation du risque et de la charge de travail. *Revue des conditions de travail*, 14:12-16, 1984.
- LERT, F.; THEBAUD, A.; DASSA, S.; GOLDBERG, M. Pluridisciplinarité dans la recherche en Santé Publique. Sample de l'accident et de la securité du travail. *Revista Epidém et Santé Public*, 30:451-469, 1982.
- MACHADO, J.M.H. *Alternativas e processos de vigilância em saúde do trabalhador : a heterogeneidade da intervenção*. Rio de Janeiro, 1996. Tese (Doutorado em Ciências na Área de Saúde Pública) – Fundação Oswaldo Cruz – Escola Nacional de Saúde Pública.
- MALCHAIRE, J. Methodology of investigation of hot working conditions in the field. *Ergonomics*, 38(1):73-85, 1995.

- MARCELIN, J.; FERREIRA, L.L. Orientações atuais da metodologia ergonômica na França. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, 37(10):64-69, jan./mar.1982.
- MARX, K. *O capital : crítica da economia política*. São Paulo : Difusão, v. I, 1985.
- MASCIA, F.L.; SZNELWAR, L.I. Ergonomia. In: CONTADOR, J.C. (Org.) *Gestão de operações : a engenharia de produção a serviço da modernização da empresa*. Fundação Vanzolini. São Paulo : Edgard Blücher, 1997. p. 165-176.
- MENDES, E.V. et.alii Distritos Sanitários: conceitos-chave. In: *Distrito sanitário: Processo Social de Mudança das Práticas Sanitárias do Sistema Único de Saúde*. São Paulo : Hucitec, 1993. p. 159-185.
- MENDES, R. Importância da ocupação como determinante de saúde-doença : aspectos metodológicos. *Revista Brasileira de Saúde ocupacional*, 67(17):18-30, 1989.
- . *Patologia do trabalho*. São Paulo : Atheneu, 1995.
- . Pé no futuro. *Revista Proteção*, Novo Hamburgo, 86:8-14, 1999.
- MONTEIRO, J.C. *Lesões por esforços repetitivos : um estudo sobre a vivência do trabalhador portador de L.E.R.* Florianópolis, 1997. Dissertação (Mestrado em Engenharia de Produção) – Departamento de Engenharia de Produção – Universidade Federal de Santa Catarina.
- OCHANINE, D. Role de l'image operative dans la saisie du contenu informationnel des signaux. *Questions de psychologie*, 4:209-224, 1969.
- OHISSON, K. et alii. Repetitive industrial work and neck and upper limb disorders in females. *American Journal of Industrial Medicine*, 27:731-747, 1995.
- ODDONE, I. et alii. *Ambiente de trabalho : a luta dos trabalhadores pela saúde*. São Paulo : Hucitec, 1986.
- OLIVEIRA, F. et alii. O acordo das montadoras : quanto melhor, melhor. *Novos Estudos*, São Paulo, CEBRAP, 1993.
- PARAGUAY, A.I.B.B. Ergonomia. Carga de trabalho. Fadiga mental. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, 59(15):39-43, 1987.
- PEREIRA, R.A.G. *LER : doença das trabalhadoras*. Salvador, 1992. Dissertação (Mestrado em Saúde Comunitária) – Departamento de Medicina Preventiva da Universidade Federal da Bahia – Faculdade de Medicina – Universidade Federal da Bahia.

- PIMENTA, A.L.; CAPISTRANO FILHO, D. *Saúde do trabalhador*. São Paulo : Hucitec, 1988.
- PIOVESAN, A.; TEMPORINI, E.R. Pesquisa exploratória : procedimento metodológico para o estudo de fatores humanos no campo da saúde pública. *Revista Saúde Pública*, 29(4):318-325, 1995.
- POSSAS, C. Avaliação da situação atual do sistema de informação sobre doenças e acidentes de trabalho no âmbito da previdência social brasileira e propostas para sua reformulação. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 15(60):43-67, 1987.
- . *Epidemiologia e sociedade*. São Paulo : Hucitec, 1989.
- RANNEY, D. et alii. Upper limb musculoskeletal disorders in highly repetitive industries : precise anatomical physical findings. *Ergonomics*, 38(7):1408-1423, 1995.
- REBOUÇAS, A.J. de A. et alii. *Insalubridade : morte lenta no trabalho*. Diesat. São Paulo : Oboré, 1989.
- RIBEIRO, H.P. *Conversando sobre LER*. São Paulo : Opção Assessoria de Comunicação, 1994.
- . *A violência do trabalho no capitalismo : o caso das lesões dos membros superiores por esforços repetitivos em trabalhadores bancários*. São Paulo, 1997a. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.
- (Org.). *LER : conhecimento, práticas e movimentos sociais*. Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, setembro, 1997b.
- ROCHER, M. Ergonomie et prévention dans l'institution de prévention en France. In: CONGRESSO LATINO AMERICANO DE ERGONOMIA & CONGRESSO BRASILEIRO DE ERGONOMIA (4.; 8. : 1997 : Florianópolis). *Anais...* Florianópolis : Fundacentro/Associação Brasileira de Ergonomia, 1997.
- SALERMO, M. S. Produção, Trabalho e Participação: CCQ e Kamban Numa Nova Imigração Japonesa. In: Fleury, M.T.L.; Fischer, R. M. (Orgs.) *Processo e relações do trabalho no Brasil*. Atlas : São Paulo, 1985.
- . Automação e processo de trabalho na indústria de transformação. GT processo de trabalho e reivindicações sociais. XI ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS. Águas de São Pedro, 1987.
- . *Flexibilidade, organização e trabalho operatório, elemento para análise da produção na indústria*. São Paulo, 1991. Tese – Escola Politécnica da Universidade de São Paulo.

- SANCHES, O. Análise rotineira dos dados de vigilância em saúde pública : que procedimentos estatísticos utilizar? *Revista Saúde Pública*, 27(4):300-304, 1993.
- SATO, L. Atividade em grupo com portadores e achados sobre a dimensão psicossocial. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, São Paulo, 79(21):51-62, jul./ago./set.1993.
- . A representação social do trabalho penoso. In: SPINK, M.J. (Org.) *O conhecimento no cotidiano : as representações sociais na perspectiva da psicologia social*. São Paulo : Brasiliense, 1995. p. 188-209.
- . As implicações do conhecimento prático para a vigilância em saúde do trabalhador. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 12(4):489-495, out-dez/1996.
- SILVA, E.S. Crise econômica, trabalho e saúde mental. In: SILVA, E.S.; STEINER, M.H.C. de F; SILVA, M.C. da. *Crise, trabalho e saúde mental no Brasil*. São Paulo : Traço, 1986. p. 54-132.
- SILVA FILHO, J.F. et alii. Automação e doença mental. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 36(6):313-315, 1987.
- STOVER, H. Snook et alii. Psychophysical studies of repetitive wrist flexion and extension. *Ergonomics*, 38(7):1488-1507, 1995.
- SCHOENMARKLIN, R.W. et alii. Industrial wrist motions and incidence of hand/wrist cumulative trauma disorders. *Ergonomics*, 37(9):1449-1459, 1994.
- STEVEN, T.; ZEITLIN, J. Introduction : between fordism and flexibility in the automobile industry and its workes. *Polity press*, Cambridge, J.K., 1986.
- SZNELWAR, L.I. *Analyse ergonomique de l'exposition de travailleurs agricoles aux pesticides*. Paris, 1992. Tese. (Doutorado em Ergonomia). Essai Ergotoxicologique. Conservatoire National des Arts et Metiers.
- ; MASSETI, M. *La spirale de la souffrance – les lésions par efforts répétitifs (étude de cas auprès de travailleurs du secteur des services)*. Colloque International de Psychodynamique et Psychopathologie du Travail. Paris, 1997 – Tome I – Laboratoire de Psychologie du Travail – Conservatoire National des Arts et Métiers.
- ; ———. Sofrimento no trabalho : uma leitura a partir de grupos de expressão. *Trabalho não publicado*. Departamento de Engenharia de Produção – Escola Politécnica de São Paulo – Universidade de São Paulo.

- TAMBELLINI, A.T. A política oficial de desenvolvimento científico e tecnológico no Brasil na área de saúde-trabalho : discurso e prática. In : *Ensino da saúde pública, medicina preventiva e social no Brasil*. Rio de Janeiro : Abrasco, 1984.
- TAUILLE, J.R. Reorganização industrial, bem-estar social e competitividade internacional : perspectivas brasileiras. In: MELO, R.M.S. (Org.) *Gestão da empresa – automação e competitividade : novos padrões de organização e de relações do trabalho*. IPEA/IPLAN, Brasília : [s.n], 1990.
- THIOLLENT, M. *Metodologia da pesquisa-ação*. 3.ed. São Paulo : Cortez/Autores Associados, Coleção temas básicos de pesquisa-ação, 1986.
- TEIXEIRA, C.E.; PINTO, L.L. A formação do pessoal em vigilância à saúde. *Informe Epidemiológico do SUS*, Ministério da Saúde, Brasília, 6:5-21, 1993.
- TEIGER, C.; LAVILLE, A. Helth and working conditions : what knowledge for which actions? – The case of rotary press workers in the newspaper printing industry in France. *European meeting of the International Association for Health Policy*, Stockholm, 25-28 set., copyright.
- ; —————. *Expression des travailleurs sur leurs conditions de travail*. Conservatoire National Des Arts Et Metiers, Paris, v.I : Raport Final, 1989.
- THEBAUD, A. et alii. Multidisciplinarité dans la recherche en Santé Publique. *Revista Epidém. et Santé Publ*, 30:451-469, 1982.
- VYGOSTSKY, L.S. *Pensamento e linguagem*. São Paulo : Martins Fontes, 1993.
- VOLKOFF, S. Pesquisas francesas e trabalho. *São Paulo em Perspectiva*, 7(2):109-123, 1993.
- ZEIER, H. Workload and psychophysiological stress reaction in air traffic controllers. *Ergonomics*, 37(3):525-539, 1994.
- WISNER, A. *Por dentro do trabalho – ergonomia : método & técnica*. São Paulo : FTD/Oboré, 1987.
- . *A inteligência no trabalho : textos selecionados de ergonomia*. São Paulo : Fundacentro, 1994.
- . A metodologia na ergonomia : ontem e hoje. In: *A inteligência no trabalho*. São Paulo : Fundacentro, 1994. p. 87-107.
- . Organização do trabalho, carga mental e sofrimento psíquico. In: *A inteligência no trabalho*. São Paulo : Fundacentro, 1994. p. 11- 20.

———. Situated cognition and action : implications for ergonomic work analysis and anthropotechnology. *Ergonomics*, 38(8):1542-1557, 1995.

WÜNSCH, V.F. Variações e tendências na morbimortalidade dos trabalhadores. In: MONTEIRO, C.A. (Org.) *Velhos e novos males da saúde no Brasil*. São Paulo : Hucitec, 1995.

ANEXOS

- I – Levantamento de dados sobre as Lesões por Esforços Repetitivos entre os anos de 1994 a 1996
- II - Breve Histórico Da Formação Da Associação De Portadores De Lesões Por Esforços Repetitivos – AP-LER Em Joinville
- III - Estatuto Social AP-LER

**I – Levantamento dos dados sobre Lesões por Esforços
Repetitivos entre 1994 a 1996**

Levantamento preliminar tendo por base as Comunicações de Acidentes de Trabalho no Município de Joinville, entre os anos de 1994 a 1996.

Tabela 1. Distribuição das doenças do trabalho registrada no INSS. Joinville, 1994.

TIPO	Número	%
LER	20	64,52
Lesões por ruído/af.auditivas	05	16,12
Lesões por agentes químicos	03	9,68
Outros	02	6,45
campo ilegível ou incorreto	01	3,23
Total	31	100,00

Fonte: Setor de acidente do Trabalho/ INSS/SC

Tabela 2. Distribuição das doenças do trabalho registradas no INSS. Joinville, 1995.

Tipo	Número	%
LER não especificada	19	54,28
outras não constantes	13	37,14
campo não preenchido	03	8,58
Total	35	100,00

Fonte: Setor de Acidentes do Trabalho/INSS/SC

Tabela 3. Distribuição das doenças do trabalho registradas no INSS. Joinville, 1996.

Diagnóstico	Número	%
LER não especificada	14	51,00
Tenossinovite e sinovite	06	21,42
PAIR	05	17,84
Surdez Neuro Sensorial	01	3,56
Silicose	01	3,56
Varizes	01	3,56
Total	28	100,00

Fonte: Banco de Dados do Serviço de Saúde do Trabalhador/ SUS/Jlle

Tabela 4. Distribuição das Lesões por Esforço Repetitivo, segundo a empresa, registradas no INSS. Joinville, 1995.

Empresa	no	%
EMBRACO	11	57,90
ABC transporte	01	5,27
Lepper	01	5,27
Tupy Termotécnica	01	5,26
Meister	01	5,26
MCI Informática	01	5,26
CELESC	01	5,26
BANESPA	01	5,26
Hospital São José	01	5,26
Total	19	100

Fonte: Setor de Acidentes do Trabalho do INSS/SC

Tabela 5. Distribuição das Lesões por Esforço Repetitivo, segundo a empresa, registradas no INSS. Joinville, 1996.

Empresa	Número	%
Empresa Brasileira de Compressores	12	60,00
Carrocerias Nielson	02	10,00
Malharia Manz	02	10,00
Empresa de Telecomunicações de Santa Catarina	02	10,00
AB Plast Man. Plasticos	01	5,00
Banco Bamerindus do Brasil	01	5,00
Total	20	100,00

Fonte: Serviço de Saúde do Trabalhador/ SSJ

II - Breve Histórico da Associação de Portadores de Lesões por Esforços Repetitivos – AP-LER em Joinville

Breve histórico da formação da Associação de Portadores de Lesões por Esforços Repetitivos - AP-LER de Joinville.

Em março de 1998 ocorreu a primeira reunião com a presença dos adoecidos que participaram da pesquisa e outros trabalhadores portadores de LER, convidados. Compareceram também técnicos do Serviço de Saúde do Trabalhador, a coordenadora e o assessor jurídico do Centro de Direitos Humanos. Este primeiro encontro serviu para discussão das ansiedades e levantamento dos assuntos para serem discutidos e encaminhados durante as reuniões: formas de tratamento, maus tratos no ambiente de trabalho e no INSS, descaracterização do nexos causal por parte da Perícia Médica da Previdência, direitos trabalhistas e previdenciários.

Decidiram que fariam encontros periódicos, na sede do Centro de Direitos Humanos de Joinville, com pautas previamente escolhidas pelo coletivo, continuariam convidando outros trabalhadores adoecidos para dar depoimentos aos demais, e manteriam um espaço, no início de cada reunião, para troca destas vivências, entendiam que estariam construindo um ambiente solidário.

Após esta primeira reunião, foram mantidos encontros quinzenais, com duas reuniões, de manhã e à tarde. Neles, foram tratados questões relacionadas ao resgate dos direitos dos adoecidos afastados do trabalho, daqueles em reaproveitamento na empresa e dos demitidos.

A cada reunião, novos depoimentos confirmavam os conflitos com comportamentos dos médicos peritos do INSS, em geral, permeados pela negligência, descrédito, falta de atenção, que muitas vezes não os olham nem os examinam. Por outro lado, os trabalhadores adoecidos em atividade, contavam sofrer todos os tipos de pressões da empresa, fazendo-os sentirem-se marginalizados e indesejados. Os demitidos procuravam apoio e informações, uma vez que alguns sindicatos de trabalhadores mantêm-se alheios ao problema. Contavam com assessoria jurídica do Centro de Direitos Humanos e dos técnicos do Serviço de Saúde do Trabalhador.

Ainda nas primeiras reuniões, iniciam discussões sobre a organização de uma associação dos portadores de Lesões por Esforços Repetitivos, que visasse o enfrentamento destas questões pelo conjunto dos trabalhadores. São realizadas vários contatos com associações de outras cidades para busca de experiências e apoio.

Constituem comissão provisória responsável pelo encaminhamento do processo de discussão e dos tramites legais para formação da associação. Esta mesma comissão solicita audiência com a superintendência do INSS do Estado de Santa Catarina e entrega documento em conjunto com Associação de Portadores de LER de Florianópolis, contendo várias denúncias relacionadas à dupla militância de alguns médicos peritos da agência local, mau atendimento aos segurados e descaracterização donexo-causal.

A Superintendência do INSS no Estado defende-se com respostas vagas. Com relação às denúncias da dupla militância médica, afirma não estar ciente do caso, porém compromete-se a verificar. Sobre os maus tratos e descaracterização da doença, afirma estar treinando todos os profissionais médicos no Estado.

Em 26 de setembro de 1998, é realizada a assembléia de formação da Associação de Portadores de Lesões por Esforços Repetitivos de Joinville (AP-LER/Joinville), com leitura e aprovação do estatuto e eleição da coordenação executiva e conselho fiscal. Estiveram presentes portadores, de várias atividades de trabalho.

A Associação firma seus objetivos em promover a defesa dos interesses dos(as) associados(as) e a solidariedade entre seus membros; viabilizar programas educacionais, assistenciais, culturais, esportivos e recreativos de interesse do seu corpo social; pesquisar e difundir conhecimentos sobre as LER (Art. 2º Estatuto Social AP-LER, anexo III).

Estruturam-se para concretização das propostas de organização, mantêm reuniões periódicas, uma vez por mês, com a presença dos membros da coordenação. Estas visam aprofundar conhecimentos, são convidadas pessoas para discorrer sobre

assuntos relacionados a problemática. Realizam plantões com advogado uma vez por semana e oferecem atendimento através dos membros da coordenação executiva, para dar apoio às pessoas que necessitam de orientação e solidariedade.

No planejamento para 1999, constam atividades a serem promovidas, como: elaboração de seminários e oficinas visando a ampliação das ações educativas, o desenvolvimento de estudos e pesquisas sobre a relação entre as novas formas de trabalho, gênero feminino e o desenvolvimento das LER.

III – Estatuto Social AP-LER

ESTATUTO SOCIAL

AP-LER

CAPÍTULO I

DA DENOMINAÇÃO, SEDE, OBJETO E DURAÇÃO DA SOCIEDADE

Art. 1º. A sociedade tem por denominação Associação dos(as) Portadores(as) de Lesões por Esforços Repetitivos, constituindo-se em Pessoa Jurídica de Direito Privado, sem fins lucrativos, sendo que utilizará a sigla AP-LER, tendo como foro a cidade de Joinville, Santa Catarina, com sede na Rua Princesa Isabel,

Art. 2º. A sociedade tem por objetivos:

- a) promover a defesa dos interesses dos(as) associados(as) e a solidariedade entre seus membros;
- b) viabilizar programas educacionais, assistenciais, culturais, esportivos e recreativos de interesse do seu corpo social;
- c) pesquisar e difundir conhecimentos sobre a LER.

Parágrafo Único. Para consecução do seu objetivo social a entidade poderá celebrar contratos, convênios e intercâmbios com entidades, organismos, instituições públicas ou privadas, institutos, fundações e sociedades nacionais e/ou internacionais.

Art. 3º. A sociedade terá prazo indeterminado de duração.

CAPÍTULO II

DO QUADRO SOCIAL

Art. 4º. Poderá integrar o quadro social qualquer pessoa, que na plenitude de sua capacidade civil aceite o Estatuto e contribua com a entidade na forma que for definida em Assembléia Geral.

Art. 5º. Serão considerados membros da associação os(as) associados(as):

- a) Efetivos: portadores(as) de LER, comprovados por atestado médico;
- b) Contribuintes: pessoas físicas, que se propuserem a contribuir com a entidade, na forma que for definida em Assembléia Geral.

§ 1º. Na ausência da apresentação de atestado médico, o ingresso do portador(a) da LER na associação, ficará sujeito a aprovação pela Diretoria Executiva.

§ 2º. Os(as) associados(as) contribuintes poderão participar das Assembléias da entidade com direito a voz, porém, sem direito a votar e ser votado, e não poderão participar dos órgãos de direção da entidade.

Art. 6º. Os membros efetivos ingressarão no quadro social, através do preenchimento de proposta de admissão e apresentação do atestado médico, nos termos do Estatuto.

Art. 7º. O desligamento voluntário do associado(a) dependerá de requerimento formal à Diretoria Executiva.

Art. 8º. Os(as) sócios(as) não respondem subsidiariamente, nem solidariamente pelas dívidas contraídas pela entidade.

Art. 9º. O(a) sócio(a) poderá ser excluído do quadro social, quando incorrer nas seguintes faltas:

- a) grave violação deste Estatuto;
- b) agir de forma contrária às decisões da entidade ou da assembléia geral;
- c) caluniar ou difamar a Associação;
- d) dilapidar o patrimônio da entidade;
- e) causar distúrbios na sede, nas reuniões ou nas assembléias da associação.

Parágrafo Único. A exclusão do sócio do quadro social da entidade poderá ser requerido por qualquer sócio efetivo, cabendo a decisão à Assembléia Geral, sendo garantido ao acusado o contraditório e a ampla defesa.

CAPÍTULO III DOS ÓRGÃOS DELIBERATIVOS, EXECUTIVOS E FISCAIS

A Assembléia Geral

Art. 10. A Assembléia geral é o órgão máximo deliberativo da entidade, composta por todos(as) os(as) associados(as), podendo as mesmas serem convocadas ordinariamente a cada seis meses e extraordinariamente, quando necessário. Suas deliberações serão tomadas por maioria simples.

§ 1º. As convocações deverão ser feitas com três dias úteis de antecedência.

§ 2º. As Assembléias Gerais extraordinárias poderão ser convocadas por 10% (dez por cento) dos(as) associados(as) da AP-LER.

Art. 11. Cabe à Assembléia Geral:

- a) eleger a diretoria executiva e o conselho fiscal;
- b) aprovar os planos de trabalho da sociedade e seus respectivos orçamentos;

- c) definir o valor dos sócios efetivos e contribuintes;
- d) aprovar convênios ou contratos com entidades públicas ou privadas, nacionais ou estrangeiras;
- e) aprovar as prestações de contas da entidade;
- f) quando especialmente convocadas para este fim, deliberar por unanimidade, sobre a extinção da sociedade e por maioria simples, a destinação do seu patrimônio, desde que presentes 2/3 (dois terços) dos sócios efetivos em dia com suas obrigações.

Art. 12. Eventuais alterações neste Estatuto, poderão ser procedidas por Assembléia Geral Extraordinária convocada especificamente para este fim, desde que aprovadas por 2/3 dos(as) associados(as) presentes na Assembléia.

A Diretoria Executiva

Art. 13. A Diretoria Executiva é o órgão ao qual compete a gestão direta das questões sociais, a organização e a administração da entidade, de acordo com os preceitos deste estatuto e da legislação em vigor.

Art. 14. A Diretoria Executiva compõe-se de cinco membros com poderes e funções idênticas, os quais escolherão entre si um(a) Diretor(a) Secretário e um(a) Diretor(a) Tesoureiro(a).

Art. 15. O mandato da Diretoria Executiva é de dois anos, permitida a reeleição.

Art. 16. Os membros da Diretoria Executiva não são pessoalmente responsáveis pelas obrigações que contraírem em nome da sociedade, mas responderão pelos prejuízos resultantes dos atos praticados contrariamente à lei, aos estatutos ou às resoluções da Assembléia Geral, responsabilizando-se também pelos prejuízos causados quando procederem, dentro dos limites de suas obrigações, com culpa ou dolo.

Art. 17. Compete aos membros da Diretoria Executiva:

- a) convocar e presidir as reuniões da Assembléia Geral;
- b) representar a sociedade ativa e passivamente, em juízo ou fora dele e outorgar mandatos em nome da sociedade;
- c) para consecução de seus objetivos, a Diretoria Executiva poderá, desde que autorizada pela Assembléia Geral, celebrar contratos, convênios e intercâmbios com entidades, organismos, órgãos públicos ou privados, institutos, fundações e sociedades nacionais e/ou internacionais;
- d) promover as medidas judiciais cabíveis na defesa dos interesses dos(as) associados e quaisquer outros interesses coletivos e difusos.

Parágrafo Único. Nos casos previstos pelas letras “b” e “c”, o membro será autorizado(a) em reunião da Diretoria Executiva.

Art.18. Compete ao(a) Diretor(a) Secretário(a):

- a) movimentar contas bancárias, emitir, endossar e aceitar ou de qualquer outra forma, obrigar a sociedade por título cambial ou cambiariforme, sempre em regime de dupla assinatura com o Diretor(a) Tesoureiro(a);
- b) assinar correspondência relacionada com suas atribuições e cuidar da organização da entidade;
- c) organizar as atas da Assembléia Geral e da Diretoria Executiva e as correspondências da entidade.

Art. 19. Compete ao Diretor Tesoureiro:

- a) movimentar contas bancárias, emitir, endossar e aceitar ou de qualquer outra forma, obrigar a sociedade por título cambial ou cambiariforme, sempre em regime de dupla assinatura com o Diretor(a) Secretário(a);
- b) administrar toda a parte contábil da entidade, cuidando para o bom andamento da mesma;
- c) responder junto aos órgão competentes sobre as finanças da entidade e cuidar da documentação fiscal;
- d) apresentar trimestralmente, ou sempre que solicitado pela Diretoria Executiva, Conselho Fiscal ou qualquer outro membro da associação, balancetes e demonstrativos financeiros da entidade.

O Conselho Fiscal

Art. 20. A Associação terá um Conselho Fiscal composto por três membros efetivos e três membros suplentes, eleitos na mesma oportunidade da Diretoria Executiva, com mandato de dois anos, ao qual compete:

- a) dar parecer sobre previsão orçamentária, balanços, balancetes e retificação ou suplementação de orçamento;
- b) vistar toda documentação da entidade, fiscalizando-a;
- c) opinar sobre as despesas extraordinárias e sobre os balancetes semestrais;
- d) examinar as contas e escrituração contábil da associação;
- e) propor medidas que visem a melhoria da situação financeira da associação.

Parágrafo Único. O Conselho Fiscal reunir-se-á ordinariamente uma vez por semestre e extraordinariamente quando convocado pela Assembléia geral ou pela Diretoria Executiva.

CAPÍTULO IV DO PATRIMÔNIO SOCIAL

Art. 20. O patrimônio social será constituído pelos fundos aportados pelos associados, doações recebidas, auxílios de órgãos públicos ou provados, na forma de bens imóveis, móveis títulos ou valores mobiliários.

Art. 21. Respeitada a legislação em vigor, a sociedade poderá receber auxílio sob forma de doação ou empréstimo de entidades públicas ou privadas, nacionais e/ou internacionais.

Art. 22. As rendas patrimoniais e as receitas operacionais da entidade destinar-se-ão à manutenção de seus serviços, conservação do patrimônio e desenvolvimento de suas atividades.

Art. 23. As receitas excedentes apuradas em balanço, serão destinadas integralmente a reinvestimentos, sendo vedada a distribuição de lucros.

Art. 24. Em caso de extinção da sociedade, o seu patrimônio reverterá em benefício de entidades congêneres, públicas ou privadas, na proporção e na forma estabelecida em Assembléia Geral que deliberar sobre a extinção.

CAPÍTULO V DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 25. As eleições para a escolha da Diretoria Executiva serão realizadas em Assembléia Geral convocada para este fim, até um mês antes do término do mandato.

Parágrafo Único. Até trinta dias antes da eleição, será composta em Assembléia Geral a Comissão Eleitoral, encarregada de organizar e dirigir o processo eleitoral.

Art. 26. Somente poderão votar e ser votado(as) nas eleições para a escolha da Diretoria Executiva os(as) sócios(as) efetivos(as) da entidade e que estiverem em dia com suas obrigações com a entidade.

Art. 27. No caso de renúncia ou perda de mandato, a substituição se dará por indicação da Diretoria Executiva e aprovado em Assembléia Geral.

Art. 28. Nenhum cargo da Diretoria Executiva será remunerado.

Art. 29. Os casos omissos neste estatuto, serão resolvidos pela Diretoria Executiva, cabendo recurso à Assembléia Geral, se algum(a) associado(a) discordar.

Art. 30. O presente estatuto entrará em vigor na data de sua aprovação pela Assembléia Geral de Fundação.

Joinville(SC), 26 de setembro de 1998.