

ESTADO DO CONHECIMENTO DAS LESÕES POR ESFORÇOS REPETIVOS/ LER. ATUALIZAÇÃO E PERSPECTIVAS[1]

Herval Pina Ribeiro[2]

"A violência, além de outros significados, é constrangimento, indução ou condução para que o outro faça o que se quer por coação, necessidade, convencimento ou ignorância. Os meios, as formas e os níveis de violência e suas conseqüências dizem respeito ao exercício do poder e nas sociedades de classe às relações sociais que se estabelecessem entre elas no tempo, espaço e segundo as circunstâncias.

O objeto deste texto é a violência sistêmica do trabalho no capitalismo pós Revolução Industrial...esta violência acompanha os ciclos de desenvolvimento e crises do sistema, muda de caráter e é quantitativa e qualitativamente desigual segundo as classes sociais, o que fica explícito nos perfis de morbidade e mortalidade populacionais e na emergência de doenças coletivas"[3]
H.P.R.

Estado atual do conhecimento sobre as LER

1.0. Resultado histórico da liberação das forças produtivas, a automação microeletrônica é um dos símbolos do ciclo de desenvolvimento da produção capitalista atual, atribuindo-se a ela o fantástico aumento da produtividade contemporânea. Esta é uma versão da realidade, o mito da informática encobrendo a questão fundamental que é a expropriação contínua e histórica da ciência, da tecnologia e do trabalho pelo capital.

Não se deve creditar às tecnologias em si os êxitos do sistema produtivo e tampouco os seus fracassos, porque meios e instrumentos de produção, como computadores, máquinas eletro-eletrônicas e robôs, são meros substitutos do trabalho vivo. mas ao contexto político, econômico e social onde a expropriação da ciência, da tecnologia e do trabalho se dá. Afinal, máquinas antigas ou modernas são e serão sempre objetos inanimados, mortos, jamais havendo causado desemprego, medo de desemprego, acidentes, doenças e mortes. Esses são fenômenos sociais subordinados.

É a expropriação insaciável, inerente ao sistema de produção capitalista, que induz tanto à reestruturação produtiva e do trabalho atual, como às suas conseqüências, entre estas, os novos modos de adoecer e morrer dos trabalhadores.

Os acidentes típicos e as doenças do trabalho tradicionais, ditas 'ocupacionais', continuam sendo habituais nos setores agrícola e extrativo e das indústrias de transformação, mas vêm apresentando uma tendência decrescente em todo o mundo. Uma das razões é que com a automação dos processos produtivos, o contato físico do trabalhador com os meios e instrumentos de produção tende a diminuir. Afora as atividades em que persiste a proximidade com agentes nocivos ou agressivos, que ainda são muitas, a tendência universal é esta, de automatizar e enclausurar os processos, substituir esses agentes ou utilizá-los em concentrações menores.

É verdade que o número de materiais e substâncias envolvidos na produção cresce continuamente, sabendo-se muito pouco sobre seus efeitos nocivos de per si ou combinados, a médio e longo prazo.

Hoje, porém, mais de metade da força de trabalho dos países industrializados está no setor de serviços e administração, onde são poucas as doenças oficialmente atribuídas ao trabalho. No Brasil, a única exceção, ainda assim sob questionamento, são as lesões por esforços repetitivos (LER).

Resumindo, as patologias contemporâneas do trabalho mais freqüentes não têm ou têm poucos agentes materiais como causas, dificultando ou impedindo medições instrumentais e objetivas. Envolvem mais as relações sociais internas ao trabalho ou externas a ele, mas por ele determinadas, e tendem a crescer porque tais relações sofrem nos tempos atuais um processo crescente de degradação fora de controle da sociedade. Por isso sua causalidade é complexa, tem múltiplas dimensões, são menos explícitas e de difícil comprovação.

2.0. Por força dessas mudanças e circunstâncias o esforço muscular bruto tem diminuído, embora o sistema osteomuscular continue sendo exigido, mas de modo diferente; o corpo sai pouco do lugar porque prepondera o trabalho sedentário que obriga mais à postura sentada que de pé e mais à de pé que em movimento. Os movimentos, quase restritos às mãos, são mais leves e constantes, passando a idéia de serem inócuos, tal a leveza de manuseio exigido pelas atuais máquinas industriais e de escritório. A baixa quantidade de força muscular e a repetição rápida dos movimentos são, em grande parte, responsáveis pela intensidade e aceleração da produção e aumento da produtividade. As novas exigências da produção e do trabalho e seus agravos dizem, pois, menos ao uso excessivo de força que ao conteúdo do trabalho e seu destino social.

Não é de estranhar que as dores do trabalho confluam, agora mais que antes, para os sistemas e aparelhos, como as mãos, os órgãos dos sentidos e o aparelho psíquico que fazem interface com o meio do trabalho e social.

Tomemos o exemplo das mãos, onde mais se localizam as LER. No curso da evolução do homem, a mão deixou de ser mero órgão motor e de apreensão para ser instrumento de expressão e vontade. O contato, a sensibilidade, a percepção das formas, a projeção das mãos como instrumento de trabalho, conhecimento e linguagem foram um longo aprendizado que teve correspondência no córtex cerebral. Seu uso sensível, ágil, preciso e coordenado é provavelmente a mais acabada construção biológica, histórica e social propiciada pelo trabalho e pela interação do homem com o meio. Com e pela mão o homem transformou o mundo e se transformou.

Se observarmos, porém, meramente a função motora do sistema osteomuscular, ela está limitada a algumas alternativas de movimentos, basicamente de flexão, extensão e rotação. Esses movimentos têm limites quanto a força, ritmo, intensidade e tempo e são qualitativamente poucos, sejam para deslocar ou mudar a postura do corpo, sejam para manusear instrumentos de trabalho simples como um martelo ou complexos como as máquinas e robôs industriais, os computadores e instrumentos musicais, etc., com suas manivelas, cabos, botões, teclas ou cordas.

O que distingue o trabalho do operário, do caixa ou escriturário de bancos, do operador em telemarketing e do instrumentista de jazz entre si, não são apenas os meios e instrumentos de produção e a quantidade e qualidade dos movimentos, pois além dos componentes materiais e fisiológicos desses trabalhos, há muitas e importantes diferenças que dizem respeito ao conteúdo intrínseco de cada um deles, à sua organização, relações internas e externas e destino social. Provavelmente é nessas diferenças não materiais que reside a desigualdade da patologia do trabalho contemporâneo.

3.0. Sabe-se que trabalhadores que têm ocupações, condições de trabalho, sociais e de vida que pouco diferem entre si podem adoecer de forma e por doenças diferentes, ou não adoecer, revelando modos de cada um sentir o mundo e 'andar na vida'. Este modo do sujeito individual reagir tem base na construção e experiência biológica de cada um.

Conquanto a medicina procure ordenar, classificar e nomear as doenças, os doentes não são iguais porque os sujeitos também não os são, apesar dos constituintes comuns ou parecidos de doenças e doentes. Se há diferenças de aparência externa entre os indivíduos, obviamente também as haverá com relação às estruturas, fisiologia e reações orgânicas. Se não existe um indivíduo igual ao outro, como não existem impressões digitais iguais, as formas de sentir e reagir face aos estímulos e agressões das relações internas e externas ao trabalho, serão próprias a cada um. O que pode adoecer alguns pode não adoecer outros e os que adoecem o fazem de modos diferentes; isto é, cada sujeito tem um modo particular de reagir, de adoecer ou não adoecer, só em parte condicionado à sua biologia, esta também reagindo conforme o meio e circunstâncias.

Assim, condições de trabalho e de vida, aparentemente inócuas para maioria podem gerar mal estar e adoecimento em outros. É este mal estar e o adoecimento deste segmento populacional menor que denuncia a nocividade do meio do trabalho ou qualquer outro. No entanto, esta sensibilidade fina é tida como atributo biológico negativo por ser uma resposta havida como fora dos padrões de normalidade na sociedade do trabalho.

4.0. Doenças e mortes sempre costumam ser descritas como conseqüências de causas orgânicas e inorgânicas que atuam segundo leis biológicas, físicas e químicas; mas estes nunca são fenômenos

puramente dessa ordem, particularmente quando coletivas, sua determinação sendo mais complexa e dinâmica. Por isso, a morbidade e mortalidade de populações não podem ser explicadas de maneira simples, objetiva e linear, como a medicina gostaria e é do senso comum, como se a doença fosse efeito de uma causa facilmente identificável porque material.

É importante que a medicina investigue porque uma minoria adocece e a maioria não, quando convivem em meios de vida e trabalho aparentemente iguais e no mesmo espaço e tempo, presumindo-se que esta investigação se oriente no sentido de conhecer a nocividade oculta. Mas a lógica que orienta as investigações médicas correntes é buscar a causa no sujeito e culpá-lo pela diferença com o padrão esperado de resposta.

A sensibilidade reveladora da inadequação do meio e dos padrões biológicos ou níveis de tolerância estabelecidos como normais é vista com sinal trocado: a questão é do indivíduo e não dos padrões. Por trás desses juízos de valor estão interesses muitos concretos da sociedade industrial, o principal sendo aferir a capacidade de trabalho e garantir produção e produtividade, excluindo os considerados menos produtivos.

Em que pese o sofrimento, os estados de doença são revelações das relações conflituosas do homem com o meio antrópico e do trabalho transpostas para o corpo e que eclodem em suas estruturas e funções mais sensíveis. Quando um modo de adoecimento se torna coletivo é porque uma mudança importante no meio tornou nocivo para muitos o que era apenas para alguns, levando à sua domiciliação[4], como parece ser o caso das LER.

Esta é uma patologia do trabalho que por sua universalidade e grandeza parece assinalar a transição entre o perfil de morbidade anterior da classe trabalhadora, caracterizado por doenças e acidentes tidos como de causalidade objetiva, como são os acidentes típicos e as doenças tidas como ocupacionais, para o atual, onde as relações do trabalho com adoecimentos e doenças são menos explícitas e demonstráveis e mais complexas e antrópicas.

Apesar de serem indicadores precários, os números absolutos, taxas e coeficientes das estatísticas vitais, expressam quantidades de adoecidos e mortos, e acontecimentos subjacentes, entre eles, a violência explícita e antiga do trabalho, razoavelmente conhecida e a violência contemporânea submersa.

5.0. Os movimentos de força sempre causaram traumas ao sistema ósteomuscular ao longo da história. Afinal, era a força muscular que mais se utilizava nas várias atividades produtivas em todos os períodos antes e depois da revolução industrial.

Não são, porém, das lesões traumáticas causadas pelo esforço muscular bruto que Ramazzini trata em a 'doença dos escribas'. O que ele descreveu foram distúrbios e lesões cumulativas que o esforço leve e contínuo causa neste sistema e que acometiam artesãos cujo ofício era lidar com códigos escritos da linguagem (palavras, números e sinais). Apesar de datar de 1700, sua descrição é uma síntese escrita à moda e com os conhecimentos da época sobre as várias perturbações da saúde que ele atribuiu simultaneamente a "um contínuo movimento da mão", ao "poderoso e tenaz esforço de ânimo e grande concentração de todo o cérebro" e ao sedentarismo impostos pelas relações de trabalho no capitalismo mercantil.

Mais do que uma descrição sobre este trabalho artesanal da época, o que este médico revelou foram as conseqüências sobre a saúde nesses trabalhadores da escrita das relações sociais de subordinação do trabalho sob encomenda. Dispersos por necessidade do ofício, esses artesãos viam-se na contingência de realizar suas tarefas em suas próprias casas com o máximo de perfeição e em um tempo consertado.

Por mais de um século, a 'doença dos escribas' permaneceu como um modo de adoecimento restrito a este ofício que iria se agravar com a substituição, em 1830, da pena de ave pela "pena" de aço como instrumento de trabalho. A escrita com este instrumento inovado passou a ser mais veloz, mas também houve uma mudança essencial nas relações de trabalho, deslocado que foi o trabalhador da casa para o escritório da empresa, o artesão cedendo lugar ao empregado, agora sob controle rígido da gerência; assim, no transcorrer do século XIX, os antigos e autônomos escribas foram substituídos por assalariados e se transformaram em uma imensa e crescente categoria de

"trabalhadores em escritório", acrescida nos anos seguintes por telegrafistas, datilógrafos e telefonistas, todos assalariados e sob controle, trabalhando com códigos de linguagem e usando instrumentos mecânicos sucedâneos da pena de escrever, muitos passando a se queixar do mesmo adoecimento.

Da metade do século XX para cá, com características muito parecidas às descritas por Ramazzini, as LER se universalizaram e se fizeram presentes em quase todas as categorias de trabalhadores, com prevalências variáveis entre 5% a 30%. Em termos tecnológicos o que assinala esta universalidade é a automação micro-eletrônica simbolizada pelo computador. Mas como das vezes em que foram introduzidas inovações técnicas importantes, as mudanças não ocorreram apenas nas tecnologias de processo, mas nas relações e controle internos do trabalho.

Acompanhando a 'globalização' e a incorporação das novas tecnologias de automação e as novas formas de racionalização da produção e do trabalho, as LER ganharam sucessivamente o Japão, os países industrializados da Europa, a Austrália, os Estados Unidos da América do Norte e mais recentemente os países de industrialização periférica como o Brasil. Presentes em todas as atividades econômicas e categorias de trabalhadores, esta universalidade e concomitância sugerem que estamos diante de uma doença domiciliada.

Apesar de juventude de suas vítimas, as LER não implicam na necessidade de intervenções imediatas porque há um excedente grande de mão de obra e as funções exercidas pelos que adoecem são as mais desqualificadas na hierarquia das empresas. Abstraindo o desinteresse ou incúria do patronato que sempre se beneficia com este excedente, hoje em uma quantidade nunca vista e por um tempo que ninguém é capaz de prevêê, é fato que as agências governamentais e as seguradoras ligadas à saúde e à previdência dos países industrializados estão preocupadas com a extensão e conseqüências das LER, diante dos seus crescentes custos e da elevada expectativa de vida das vítimas, quase invariavelmente com idade abaixo de 45 anos.

6.0. Com base na última Classificação Estatística e Internacional das Doenças e Problemas Relacionadas à Saúde (CID-10) pode-se definir as LER como um modo de adoecimento coletivo resultante de distúrbios e lesões das partes moles do sistema osteomuscular e conjuntivo e do sistema nervoso a nível periférico, localizados predominantemente na parte superior do corpo e atribuídos ao trabalho, tendo como principal sintoma a dor e entre suas causas mais próximas o uso, uso excessivo e pressão dos tecidos diretamente envolvidos em movimentos de força ou contínuos, leves e repetitivos e posições estáticas prolongadas.

Um dos seus atributos peculiares é atingir trabalhadores ativos, jovens, predominantemente mulheres, que exercem as funções mais subalternas, ou seja, do 'rés' ou 'chão' das empresas. Não é, pois, um adoecimento dos mais pobres, mas dos mais subalternos, que usam o corpo e, sobretudo, sua parte superior, principalmente as mãos, para realizar suas tarefas.

Antes de adquirirem o estado de 'doença', elas são um 'transtorno' da saúde, sofrimento subjetivo e tão somente referido pelo adoecido. Só em estados mais avançados é que aparecem sinais objetivos ao exame médico e exames complementares.

Provavelmente reside aí a dificuldade maior em conciliar o enfoque das LER como um modo coletivo de adoecer que deve ser pesquisado em sua complexidade, múltiplas dimensões, universalidade e singularidades, com o enfoque estrito da clínica que as percebe como caso centrado na observação do sujeito queixoso, freqüentemente sem sinais objetivos e sem exames complementares que justifiquem o sofrimento e dor alegados, de hábito ouvido com desconfiança, por isso não se as classificando como doença osteomuscular.

O que o médico prioriza sempre é o reconhecimento do trauma típico, desconhecendo a complexidade e dimensões sociais e do trabalho e suas exigências traumáticas atípicas.

A passagem do ato de apreensão ao ato de manusear objetos é, ao mesmo tempo, uma mutação antropogênica caracterizada pela oposição do polegar aos demais dedos, como o resultado de um longo aprendizado. Lidar com instrumentos manuais, mecânicos ou eletrônicos exige posições e movimentos habituais, embora diferentes em termos de postura, tempo, força e ritmo e quantidade e qualidade de movimentos, mas o que mais diferencia o trabalho de um operário de uma indústria micro-eletrônica do trabalho de um músico é seu conteúdo intrínseco em termos de criatividade e o

destino social que suscitam reações orgânicas, psíquicas e afetivas diferentes. É aí, nas diferenças de conteúdo, mais do que nos movimentos que devem residir às razões da desigualdade de prevalência de LER. Não é de estranhar, pois, a alta prevalência de LER na linha de montagem fabril e sua insignificância entre instrumentistas de jazz. Criar e executar com a liberdade destes implica sentir o trabalho de um modo bem diferente do cumprimento de tarefas simples, esvaziadas de conteúdo simbólico e com escasso domínio sobre os instrumentos, processos, tempo e fins, como ocorre nas linhas de montagem industrial, balcões de bancos e supermercados e centrais de tele atendimento. Estas são tarefas simples, repetidas e repetitivas, nem por isso despidas de exigências quanto à atenção e produtividade, hoje mais que antes associadas ao medo do desemprego, à tensão e ao sofrimento psíquico que a experiência e a sublimação podem amenizar, mas não eliminam.

O sentir o trabalho pode se traduzir em prazer, dor ou indiferença, requerendo mediações, ao mesmo tempo, nos campos psíquico, afetivo e físico. A dor física e localizada das LER é um sintoma atribuído ao esforço que cumulativamente atuaria como elemento causal. A tese se sustenta porque esta é a reação natural dos tecidos do sistema locomotor quando sujeitos a impactos, contração prolongada, pressão contínua, movimentos de força ou de repetição desproporcionais à sua anatomia e fisiologia. Ao esforço se somariam as condições biomecânicas ou ergonômicas desfavoráveis e as tensões, pressões e controle por produção e produtividade maiores.

Várias das exigências físicas do trabalho têm sido objeto de mensuração, como a sobrecarga dinâmica e estática, o número e o ritmo dos movimentos, o tempo de trabalho, etc. Sabe-se que condições ergonômicas estáticas e dinâmicas têm repercussões desfavoráveis sobre o sistema osteomuscular. Posições rígidas dos ombros e braços e movimentação contínua e mesmo leves das mãos e dedos tornam crítica a viscosidade dentro das bainhas e leitos naturais onde deslizam tendões, nervos e vasos, resultando em atritos das várias estruturas sobrepostas que podem resultar em perturbações funcionais e lesões.

Os que pesquisam as LER mais criticamente tendem a reconhecer que a proteção à saúde e as medidas de prevenção requerem muito mais que limitar o número de toques, fixar pausas, fazer correções ergonômicas e adotar outros tipos de medidas tópicas, o que não livra as empresas individualmente e a classe patronal da responsabilidade das LER. Tem baixa eficácia, sabe-se, posto que insuficientes para dar conta da complexidade e dimensões das LER enquanto doença coletiva do trabalho e social, embora alguns pesquisadores relatem êxitos com intervenções circunscritas atestados pela redução de incidência de casos e de incapacidade e pela reabilitação parcial de adoecidos; mas mesmo nos países desenvolvidos onde tais medidas foram implantadas em larga escala, as LER mantêm-se na ordem do dia e fora de controle. A razão desta reduzida eficácia parece estar na baixa vulnerabilidade das LER às técnicas de prevenção conhecidas e à sua complexidade, múltiplas dimensões e magnitude.

No caso das LER, aos desfavores biomecânicos juntam-se outros de natureza neuropsíquica produzidos por exigências nos campos cognitivo, afetivo e do comportamento. Estas carecem de instrumentos de mensuração objetiva e têm sido pesquisadas através de questionários. São exigências repartidas hierarquicamente e de modo desigual, tanto que os que mais adoecem de LER - e provavelmente também de outras doenças aparentemente não relacionadas com o trabalho - são os trabalhadores mais sujeitos, como caixas e escriturários, operadores de centrais de tele atendimento de bancos e empresas de "telemarketing" e operários de linha de montagem industrial.

Pesquisas sobre as respostas humanas às exigências do trabalho têm historicamente servido mais para a negociação entre dirigentes, patronais, de trabalhadores e autoridades do estado para o estabelecimento de padrões de tolerância do corpo do trabalhador do que para eliminar a nocividade do trabalho. A possibilidade de conhecer os limites humanos a tais exigências sem que haja adoecimento explícito está na ordem do dia nesses tempos de perdas de direitos e de exclusão social. É preciso ter consciência que medições fisiológicas e testes psicológicos não dependem apenas de métodos e instrumentos, mas das escolhas dos sensores e sensores. A opção metodológica nunca foi neutra e além de depender de condições materiais envolve a visão de mundo do pesquisador face à pesquisa e ao objeto pesquisado. E mais, envolve a consciência para que e quem se está pesquisando.

E entre os mais sujeitos, está a mulher. Estudos realizados em diversos países apresentam

resultados contraditórios quanto a maior prevalência de LER em trabalhadoras. Em estudo que realizamos com 5.464 em um universo de 7.792, encontramos 11% com diagnóstico médico referido de LER, dois terços sendo do gênero feminino. Deter-se apenas nesta maior prevalência pode levar à suposição que o simples fato de ser mulher é 'fator de risco' ou 'variável', resvalando para conceitos vagos, com os de 'susceptibilidade' ou 'predisposição', inerentes à mulher, por razões genéticas, antropométricas, constitucionais ou psico-emocionais. Se não se levar em conta a subordinação histórica da mulher, particularmente em uma sociedade como a brasileira de forte tradição patriarcal, este tipo de abordagem pode favorecer preconceitos e colaborar para a desvalorização da força de trabalho feminina e maior submissão e exploração no trabalho da mulher sob a ameaça explícita, velada ou implícita de demissão, além de inibir os homens de revelarem uma doença supostamente feminina e calar a dor de ambos.

No Brasil, nos últimos quinze anos, coincidindo com a reestruturação produtiva no ramo, foi realizada meia centena de estudos na categoria bancária sobre relações do trabalho com sofrimento e doenças. Não é uma série grande, mas expressiva se comparada às demais categorias do setor de serviços, onde a automação vem correndo célere e onde suas conseqüências sobre a saúde parecem não ter ganho ainda corpo na classe trabalhadora.

A preocupação com estudos dessa natureza, quase sempre patrocinados, estimulados ou apoiados pelo estado e por entidades representativas dos bancários se deve, entre outros motivos, ao fato de envolver trabalhadores originários de estratos sociais diferenciados, com elevada escolaridade e história de organização, tradição de luta e poder de barganha acima da média, enquanto as instituições financeiras forjaram uma imagem de empresas com empregados saudáveis, de boa aparência e sempre atenciosos.

Esta disparidade de preocupações e condutas sobre as relações do trabalho com a saúde, a par de representar uma feição particular da contradição entre o capital e o trabalho neste ramo de atividades está consignada pela elevada prevalência das LER, gerando demandas individuais que se tornarem coletivas e escaparam do controle patronal.

Daí sustentarmos que as LER, conquanto se expressem como doença do sistema osteomuscular, são um adoecimento do corpo inteiro, isto é, biológico, psíquico e social. Sua localização decorre das exigências do trabalho e do modo individual do sujeito 'andar na vida', de elaborar as agressões físicas e psíquicas oriundas da realidade concreta do seu trabalho, mas sua globalização e domiciliação, mais do que isto, revela que algo vai mal em nosso mundo 'global'.

7.0. A medicina, em particular a do trabalho, no entanto, mantém-se agarrada ao dogma da causalidade objetiva. Reduzida a uma patologia do esforço, a questão das LER foi transferida do campo das relações sociais para o laboratório e a burocracia, a doença precisando ter sua causalidade provada e comprovada para ser considerada do trabalho. Clínicos, médicos do trabalho, ortopedistas, reumatologistas, cirurgiões e profissionais afins, sobretudo quando investidos da função de peritos, provavelmente em face da sua formação, prática individualista, cultura e ideologia, costumam a aceitar que a realidade pode não ser tão óbvia e o que eles acreditam ver ou não ver é apenas uma maneira subjetiva e parcial de entrever o real centrado na observação direta.

Por sua vez, a epidemiologia contemporânea que aperfeiçoou e sofisticou sua capacidade de análise matemática graças ao computador, continua presa à mesma concepção teórica de causalidade linear da clínica, ambas carecendo da objetividade que pretendem. Embora outras correntes epidemiológicas destoem do enfoque puramente quantitativo, é a que trabalha com números e variáveis que goza de maior prestígio e reconhecimento científico e que sustenta o discurso e prática dos que admitem a relação de causalidade objetiva das LER.

Construções do pensamento, ambos os modelos, o clínico e o epidemiológico procuram materializar o nexos causal que a clínica chama de 'agente' e a epidemiologia de 'variáveis' ou 'fatores de risco'. Por trás das diferenças de abordagem, ambas partem do pressuposto de que é possível a apreensão objetiva do real, um na sua singularidade, outro na sua pluralidade. Não se trata de passar a borracha sobre tais práticas empíricas, nem lhes negar méritos e utilidade, mas ponderar sobre o tom dogmático deste cientismo e advertir sobre a complexidade e dimensões múltiplas dessa e de outras doenças contemporâneas atribuíveis ao trabalho.

As LER como questão de saúde pública

8.0. É bem provável que as maiores vítimas das LER sempre tenham sido os trabalhadores das indústrias de transformação, despercebidas porque mantidas atrás dos muros das fábricas e oficinas, fora da atenção pública e da proteção do estado. Afinal, transtornos e lesões desta ordem eram males que se resolviam por si como problema de saúde menor por não terem expressão econômica, política e social.

Ainda quando tais transtornos e lesões atingiram categorias de trabalhadores de "colarinho branco" (White collar), como escriturários, telegrafistas e datilógrafos, ocupações mais visíveis ao público, eles continuaram a não ter relevância, apesar dos afastamentos do trabalho, auxílios previdenciários e indenizações tornarem-se cada vez mais freqüentes.

Foi com a reestruturação econômica, produtiva e do trabalho que as LER se tornaram uma questão de saúde pública. Embora tal relação de causalidade não seja simples e linear, do tipo causa/efeito, impossível não associar as LER com esta reestruturação, caracterizada tecnologicamente por inovações no campo da microeletrônica e informática e novas formas de administrar e controlar o trabalho articulada com políticas no campo das relações sociais marcadas pela precariedade do emprego e desproteção previdenciária.

Assim, de simples patologia traumática originada pelo trabalho e encontrada em algumas categorias, elas se tornaram um modo de adoecimento presente em quase todas, em umas mais que em outras, mas sempre com prevalências significativas, elevando as taxas de ausência ao trabalho por incapacidade, gerando uma infinidade de procedimentos médicos e grandes despesas com auxílios, aposentadorias e indenizações.

A expansão das LER foi tão expressiva e universal que alguns chegam a classificá-las como uma "pandemia", isto é, uma epidemia global. Fato relevante é que pela primeira vez na história uma doença do trabalho ganhou esta magnitude e universalidade repercutindo fortemente sobre as instituições de assistência médica e de previdência[5], com a particularidade das vítimas serem jovens e terem uma expectativa de vida longa.

É possível que as LER estejam apontando para uma configuração nova das doenças mais prevalentes na classe trabalhadora, caracterizada por modos precoces de adoecimento pelo trabalho por traumas sutis, não necessariamente físicos, mas permanentes, que incidem sobre qualquer sistema orgânico e que têm mais haver com relações sociais externas e relações internas, a organização e controle do trabalho do que com causas materiais explícitas, de natureza física ou química. É esta característica nova, da sutileza da violência do trabalho, que torna improvável o estabelecimento do nexos causal objetivo e linear do trabalho com as LER[6] e são esses atributos que as elevam à condição de uma questão de saúde pública relevante e contemporânea, isto é, de uma doença coletiva atual cuja dimensão e importância sanitária, política, econômica e social impõem uma intervenção do estado.

As LER como patologia traumática

9.0. Antes que esses transtornos e lesões viessem a merecer a atenção que têm hoje, duas décadas antes, um outro grupo de transtornos e lesões do sistema osteomuscular, também de natureza traumática, mas originados do esporte, começaram a merecer atenção especial com a crescente massificação e utilização desta prática que logo se tornou um importante veículo de propaganda política, ideológica e de produtos de mercado, dando-lhe características de uma atividade econômica nova. A partir dessas demandas, cientistas e profissionais em ciências biológicas foram estimulados a estudar a fisiologia e fisiopatologia do esforço, conformando um novo campo de conhecimentos e práticas médicas, a medicina esportiva.

A investigação e os conhecimentos da fisiopatologia dos traumas por esforços bruscos, de força e pressão e dos microtraumas repetidos, contínuos e da estafa nos esportes ganharam dimensão porque desses conhecimentos dependiam a performance e tempo de vida útil do atleta, agora um profissional e um valorizado agente de vendas. É da medicina esportiva que vêm duas das recomendações mais freqüentes para reduzir os efeitos do trabalho em escritório[7]: os exercícios de "aquecimento" e de "alongamento".

Mas as atividades esportivas, mesmo as mais leves, requerem esforços superiores aos exigidos pelo trabalho sedentário; isto é, os microtraumas esportivos têm uma magnitude maior e uma relação causal objetiva que as posturas e esforços do trabalho sedentário não têm, aí residindo uma das dificuldades de estabelecer e comprovar onexo causal entre trabalho e LER.

Nuanças desta ordem escapam à maioria dos médicos, especialmente aos ortopedistas, mais cirurgiões que clínicos, cujos conhecimentos e práticas são inspirados na lógica positiva de que todo problema de saúde tem uma ou mais causas demonstráveis, isto é, passíveis de reconhecimento objetivo e de intervenções diretas e tópicas. Para esta maioria existe sempre uma relação entre a causa ou causas e o efeito, relação que além de objetiva e quantitativa, é linear, todo este processo podendo ser posto a nú pelas práticas médicas. Nos casos dos traumas violentos esportivos e do trabalho, uma obviedade, mas uma raridade nos casos de LER.

Ao contrário deste pensamento lógico formal, mesmo uma instituição reservada, para não dizer conservadora, como a Organização Mundial de Saúde, admite em sua classificação de doenças mais recente (CID-10), que transtornos das partes moles do sistema osteomuscular podem ocorrer pela atividade comum, ou seja, para causá-los, os esforços não precisam ser excessivos, contínuos ou repetitivos, nem de pressão ou força, mas do "uso, uso excessivo e pressão no trabalho"[8] .

São os ortopedistas os que mais examinam e tratam adoecidos de LER por esses transtornos e lesões envolverem o sistema osteomuscular e requererem diagnósticos mais precisos sobre a localização e partes atingidas afim de que o tratamento seja mais direcionado. Não há, porém, embargo de competência para que outros médicos (clínicos gerais, do trabalho, reumatologistas, fisiatras, acupunturistas, etc.) diagnostiquem e tratem as LER. A preferência pelos ortopedistas tem merecido reparos dada à formação fundamentalmente cirúrgica desses profissionais, mais inclinada para o diagnóstico e tratamento de macrotraumas, deformações e maformações, quando este é um modo adoecimento eminentemente clínico e envolve muitas áreas do conhecimento, dentro e fora da medicina. Esta não parece ser uma restrição importante, em que pese as intervenções cirúrgicas desnecessárias que sofreram muitos adoecidos de LER, nem todas praticadas por esses especialistas.

No entanto, as questões maiores sobre esses transtornos e lesões nunca estiveram no diagnóstico em si, nem na discussão sobre que especialidade e especialistas são capazes de assistir os adoecidos com mais propriedade, ou quais sintomas, sinais e exames complementares devem ser valorizados para o diagnóstico[9] e procedimentos terapêuticos, mas na identificação de sua causa ou etiologia. É aí que começam os problemas, conflitos e divergências.

As LER como doença do trabalho

10. A CID-10 privilegia a natureza traumática das LER e sua origem no trabalho, mas vai além, na medida em que considera que o uso ou esforço comum pode ser traumático e patogênico, admitindo, pois, a existência de situações ou circunstâncias desfavoráveis ou agravantes dentro e fora do trabalho e nas formas de reagir do organismo do trabalhador.

Neste aspecto, esta classificação dá um passo importante para que se leve em conta elementos qualitativos na causalidade traumática do trabalho, de ordem psíquica, emotiva e biológica. A causalidade das LER então pode não estar apenas em elementos quantitativos ou objetivos presentes nas exigências físicas do trabalho, como tempo, frequência e intensidade de esforços e posturas, mas também em elementos qualitativos e não mensuráveis, como simultaneidade de tarefas, exigências cognitivas e de comportamento, domesticação da vontade e controle sobre as necessidades fisiológicas e afetivas do trabalhador, atenção permanente, estímulos de competição, pressão por produtividade, autoritarismo, medo de desemprego que tornam o trabalho contemporâneo fortemente tensiogênico[10].

Situações e circunstâncias desta ordem estão longe de serem raras, como testemunham casos de LER em bancários e operadores de centrais de tele atendimento e marketing onde podem não haver esforços repetitivos e contínuos. Ou seja, o reconhecimento da causalidade do trabalho não fica circunscrita à verificação de exigências de posturas e movimentos, certamente presentes em quantidade alta em muitos casos, mas baixa em outros tantos. Por isso, a causalidade é mais

inferida que medida. Qualquer método que busque relações de causalidade do trabalho com as LER sem levar em conta as diferenças de situações e circunstâncias está fadado ao fracasso. É neste contexto que ganham importância os estudos de frequência de casos, mas sobretudo os de prevalência[11] de LER em populações de trabalhadores por categoria, ocupação e função.

Diante do acúmulo de conhecimentos epidemiológicos[12], ao examinar clinicamente um trabalhador com sintomas de transtornos das partes moles do sistema osteomuscular, seja ele bancário, operador de "marketing", metalúrgico, químico, escriturário ou caixa de supermercado, torna-se obrigatório admitir o trabalho como primeira hipótese causal. É isto que se chama princípio de inferência causal, uma construção científica com base no acúmulo de conhecimentos epidemiológicos e na história e descrição do trabalho pelo próprio queixoso, elementos suficientes para dispensar histórias, análises ergonômicas, de função e profissiográficas. Estas padecem do vício de serem patrocinadas, realizadas ou requeridas, na maioria das vezes, pelo empregador ou pelo INSS, em litígio com o trabalhador e interessados não em procurar estabelecer a causalidade do trabalho, mas em negar sua existência.

Para o reconhecimento da causalidade do trabalho nas LER deve-se, portanto, partir dos seguintes pressupostos:

- a) este é um modo de adoecimento coletivo e de determinação causal complexa por envolver sempre situações e circunstâncias de várias ordens e grandeza, não resultando apenas da presença material de exigências físicas do trabalho;
- b) a relação do trabalho com as LER está fundamentada mais no princípio da inferência causal do que no princípio do nexa causal, este tido como material, objetivo e linear; a inferência causal é tanto mais plausível porque os transtornos e lesões das partes moles do sistema osteomuscular ocorrem nos membros superiores (sempre atingindo mais o lado direito no caso de pessoas destros e mais o esquerdo no caso de pessoas canhotas) de trabalhadores ativos e jovens, pouco suscetíveis a doenças de natureza infecciosa ou degenerativa deste sistema.
- c) os que adoecem têm ocupações e funções marcadas pela subalternidade hierárquica e pelo controle do trabalho, a prevalência da doença sendo tanto mais alta quanto maiores as exigências de produtividade, simultaneidade de tarefas, a atenção e a tensão do trabalho.
- d) As dificuldades para a conclusão sobre a causalidade do trabalho das LER não estão na falta de conhecimentos científicos ou técnicos, mas, sobretudo nos interesses concretos que permeiam as relações conflituosas de natureza econômica, política e social entre o capital e o trabalho, entre o patronato e as instituições de seguro e seus agentes de um lado e os trabalhadores do outro;
- e) a neutralidade científica ou técnica desses agentes é impossível porque os profissionais que atuam na área fazem as opções prévias por um ou outro lado, em função dos seus interesses materiais, identidade ideológica e de classe e visão de mundo.

As LER como questão ética, econômica e social

11. Os médicos que tratam os adoecidos de LER ou com outras doenças do trabalho costumam não colocar em seus relatórios a causalidade do trabalho, uma omissão sempre consciente, alegando, entre outros motivos, não serem médicos do trabalho. Quando mais francos dizem não querer se envolver em questões que podem levá-los a testemunhar em processos trabalhistas e cíveis que lhes roubam tempo, repercutem negativamente sobre oportunidades de trabalho ou lhes trazem dissabores com colegas de profissão.

Há por trás de tais escusas componentes de interesse pessoal e corporativo que colidem com o direito e necessidade do outro, no caso, a pessoa adoecida sob seus cuidados, que precisa que esta relação de causalidade seja, ao menos, posta como hipótese, o que qualquer médico tem a obrigação de fazer.

Quaisquer que sejam as alegações, esta omissão não os poupa de contratempos, nem os isenta de culpa, uma vez que a dinâmica social contemporânea exige posturas mais conseqüentes e este "lavar de mãos" pode ser caracterizado como imperícia, negligência e incompetência à luz do Código Penal, da legislação do trabalho e dos ditames éticos da ordem médica[13].

Se o fato de constar explicitamente no relatório médico que as LER tem causalidade no trabalho não necessariamente surte os efeitos esperados junto ao empregador, à empresa médica "do convênio" e ao INSS, pior quando este relatório omite esta referência, nem mesmo a citando como hipótese. Nessas circunstâncias, quando o afastamento do trabalho se impõe por força da incapacidade, as empresas e o INSS não tomam conhecimento da causalidade do trabalho e o afastamento e subsequente auxílio são concedidos por doença comum e não por doença do trabalho, seqüestrando significativos benefícios de ordem trabalhista, pecuniária e previdenciária; trabalhista, porque as doenças do trabalho conferem, ao menos, uma estabilidade precária de doze (12) meses; pecuniária porque os cálculos para a concessão do auxílio acidente/ doença do trabalho são ligeiramente mais vantajosos que para a concessão do auxílio doença comum; e previdenciária porque o tempo de afastamento por acidente/doença do trabalho conta para efeito de aposentadoria e o afastamento por doença comum, não.

Saliente-se que em qualquer dessas situações o afastamento do trabalho, mesmo com a concessão de auxílio por acidente/doença do trabalho ou auxílio por doença comum por parte do INSS, não traz vantagem de qualquer espécie ao trabalhador empregado, começando pelo valor do auxílio ser sempre inferior ao que ele recebe, baseado na média aritmética simples de 80% dos maiores salários de contribuição à Previdência Social. Trata-se, como o nome indica, de um auxílio e não da remuneração integral percebida no último mês trabalhado.

Diga-se de passagem que a estabilidade temporária de doze (12) meses para acidentados e adoecidos do trabalho, certamente uma das últimas conquistas sociais nesta área, é proporcionalmente desvantajosa ante a perda parcial da capacidade de trabalho, sempre presente, e ante o estigma de estar ou ter estado com LER assinalado na carteira profissional como "acidente de trabalho". Trata-se de um estigma documentado, de efeito tanto mais negativo porque os adoecidos são trabalhadores, em geral com menos de 40 anos.

Apesar de não haver vantagens para os trabalhadores ficarem afastados por doença comum ou do trabalho, há os que sustentam que "o fenômeno das LER no Brasil", entre outras causas, resulta da facilidade dos trabalhadores supostamente doentes poderem obter e permanecer com ganhos sem trabalhar, de terem oportunidade de simultaneamente exercer outro trabalho enquanto mantêm-se afastados, de obterem indenizações em juízo com base na atuação de sindicatos, políticos e advogados oportunistas[14].

Por certo, há casos de simulação de LER, podem haver casos de neuroses de compensação e o desemprego gerar demandas deste tipo; contudo, é difícil imaginar que tais distorções tenham expressão numérica que as façam um problema social de magnitude ou um problema médico pericial corriqueiro, dada às múltiplas barreiras que se antepõem mesmo para o reconhecimento de doenças verdadeiras dos trabalhadores nesta área, mais difíceis de serem transpostas quando são duvidosas ou inexistentes. São barreiras que começam nos consultórios particulares e das empresas de saúde, se prolongam nos serviços médicos e de recursos humanos das organizações, estendem-se às unidades públicas de saúde do trabalhador e acabam na perícia médica do INSS, cada uma dessas passagens implicando em uma série de consultas, exames complementares e laudos periódicos com especialistas. Uma maratona infundável.

Nossos estudos sobre LER na categoria bancária apontam para direção oposta: a da subnotificação de casos[15, 16], com base nos diagnósticos tardios e de um contingente grande de trabalhadores sintomáticos que sequer chegam à consulta médica, em parte por medo do diagnóstico, de uma possível e futura incapacidade e da perda do emprego. O que temos percebido, particularmente nos casos de média e elevada gravidade, é um sentimento de perda verdadeiro, de desconforto ante a dependência física, de grande incerteza quanto a possibilidade de retorno ou nova inserção no mercado de trabalho e de um sofrimento psíquico maior que a dor física e que pode chegar à depressão psíquica grave.

Estamos lidando com um contingente grande de trabalhadores jovens e adoecidos de LER. Para eles, o processo de exclusão não se limita ao simples desemprego, mas à dificuldade de empregar-se novamente mesmo na eventualidade de achar emprego, devido a uma provável redução da capacidade produtiva.

Se há necessidade de promover o retorno do trabalhador ao trabalho sem agravar a doença, da qual talvez não tenha ainda se recuperado, é preciso que os médicos peritos do INSS não sejam afoitos, dando alta prematura do auxílio previdenciário, forçando o retorno e, com o beneplácito dos médicos das empresas, corroborando para uma readaptação profissional simulada, sabidamente pouco provável[17] quando o tema recorrente nas empresas é a cobrança de produtividade que tem tudo a haver com seu adoecimento.

Perspectivas

12. Sabemos quão difíceis são os problemas de trabalho e emprego no presente e como é desfavorável a conjuntura política para a salvaguarda dos direitos trabalhistas, mesmo os vigentes na constituição federal, na legislação ordinária e em normas legais. Os retrocessos podem ser percebidos pelo recuo do movimento sindical, ele próprio fragilizado pela redução drástica do número de trabalhadores com relações formais de emprego.

As indústrias paulistas, segundo a FIESP[18], têm hoje 1,5 milhão de trabalhadores, 520 mil a menos que em 1994, os quais a elas não voltarão. A despeito desta redução da força de trabalho de 26%, a produção industrial continuou crescendo, graças à automação e à exploração intensiva do trabalho. Nas de "ponta", como as montadoras de veículos, a taxa de redução de trabalhadores foi ainda maior, ultrapassando de 50% em alguns segmentos.

Se este é o cenário para os trabalhadores sadios, é de se imaginar as dificuldades para os adoecidos ou ex-adoecidos de LER que têm sua capacidade de trabalho comprometida ou sob suspeição.

Ninguém de sã consciência defende que o INSS faça do auxílio doença uma espécie de seguro desemprego.

O que se exige é que cumpra seu papel de instituição de seguro social, pagando o que deve ao segurado e cobrando das empresas o que tem obrigação de cobrar: pagamento regular das contribuições, preservação da saúde e prevenção de acidentes e doenças do trabalho dos segurados; e utilize, em casos de incúria patronal, os instrumentos legais à sua disposição, como o das ações regressivas em juízo, para ressarcir-se de despesas com acidentes e doenças.

No entanto, as políticas e ações do governo federal têm caminhado no sentido do desmantelamento e privatização do sistema previdenciário estatal e da redução dos direitos trabalhistas, cujos sinais são muito claros: 'congelamento' dos salários dos servidores da previdência e extinção progressiva da carreira, esvaziamento dos quadros efetivos de médicos peritos e de técnicos dos Centros de Reabilitação Profissional, "terceirização" da perícia médica, endurecimento para o reconhecimento de doenças do trabalho e concessão de auxílios e aposentadorias e, junto ao Congresso Nacional, de projetos de lei para privatizar o seguro acidente e para desregular direitos do trabalho contidos na CLT.

Perplexos ante esses desfavores e a ofensiva antisocial do governo, os sindicatos conseguiram resistir e minimamente se organizar na defesa da manutenção do seguro acidente estatal e da CLT. É possível que a partir daí esta resistência ganhe a feição de um movimento social mais amplo para preservação dos direitos nesta área e sustentação da proposição constitucional de uma seguridade social verdadeira.

13. Embora tudo leve a crer que as LER continuem a se expandir, agora às custas de trabalhadores de determinados segmentos produtivos e da multidão deles na informalidade, os últimos dados do INSS referentes às doenças do trabalho com base nas CAT apontam para a redução da incidência anual de LER em trabalhadores com carteira assinada. Esta queda ainda não suficientemente estudada, pode ter várias causas, entre elas:

a) a informalidade crescente das relações de emprego, dada à não obrigatoriedade da contribuição para a previdência social, inviabilizando a emissão de CAT, informalidade que é maior no setor que mais cresce, o de serviços;

b) a restrição crescente das empresas emitirem CAT ;

c) a resistência do INSS em referendar as CAT qualquer que seja sua procedência, principalmente quando originadas do SUS e sindicatos;

d) O fato de várias empresas industriais e do setor de serviços já terem atingidos suas metas de reestruturação produtiva e do trabalho, eliminando centenas de milhares de postos de trabalho e concluído o ciclo de demissões. Se na indústria paulista, segundo a FIESP, a redução foi, em média, de 26% em sete anos, no setor bancário foi de 60% em quinze.

e) A tendência previsível de queda da incidência da doença após atingir seu ápice nas categorias mais sujeitas as LER e eventualmente mais numerosas, como a dos metalúrgicos e bancários;

e) A substituição ou redução pela automação de funções e tarefas dentro do processo de produção mais sujeitas à doença, como na linha de montagem de peças eletroeletrônicas e serviços de caixas e escrituração dos bancos;

f) O fato dos trabalhadores remanescentes dessas e de outras empresas em funções mais sujeitas as LER, serem menos sensíveis à este tipo de provocação orgânica[19];

h) A descentralização e flexibilização da produção determinando uma fragmentação espacial e por empresas dos processos produtivos, dificultando a organização dos trabalhadores e tornando ainda mais precárias as relações de trabalho e o exercício de direitos coletivos e individuais, inclusive de acesso aos serviços de saúde e à previdência social;

É verdade que a reestruturação produtiva e do trabalho acabou provocando a criação ou agregação de algumas atividades praticamente inexistente, como a de tele atendimento que hoje conta aproximadamente com 400 mil trabalhadores e tende a crescer. Organizações bancárias e serviços públicos têm hoje suas centrais de tele atendimento. A Telefônica, por exemplo, criou uma subsidiária para este tipo de serviço, a Quatro A, hoje com 22 mil trabalhadores. Os trabalhadores que operam esses serviços estão adoecendo de LER com mais precocidade que os caixas e escriturários, provavelmente em função da simultaneidade de tarefas, controle rígido do trabalho e cobrança por maior produtividade.

Portanto, a redução da emissão de CAT por LER não traduz fielmente a diminuição de casos, isto é, da incidência da doença, que deve estar caindo em algumas categorias de trabalhadores, mas aumentando em outras, por força das circunstâncias apontadas.

De qualquer sorte, constem ou não das estatísticas do INSS, a prevalência da doença, ou seja, o número de casos em relação ao número de trabalhadores empregados, continuou aumentando na década de 90. Este crescimento absoluto preocupa, não tanto pela gravidade da doença que não é fatal e não necessariamente evolui, mas pela incapacidade temporária ou definitiva para o trabalho que onera a previdência social e a sociedade como um todo e agrava o processo de exclusão social.

14. Parece-nos oportuno na discussão sobre perspectivas das LER tomar como exemplo a categoria bancária, provavelmente a mais estudada com relação a esta doença, fazendo referência especial à Região de Campinas, onde o Sindicato dos Bancários, há anos desenvolve um projeto específico sobre LER, com a participação de sua federação, da FSP/USP, da Secretaria de Estado da Saúde e que teve o apoio da Secretaria Municipal de Saúde. Explica-se a prioridade: esta é a única doença coletiva do trabalho reconhecida oficialmente como existente entre os bancários.

Em 1985, o número de trabalhadores nos bancos privados e públicos do país atingiu a casa do milhão. Foi quando começou a reestruturação produtiva e do trabalho dos bancos privados, praticamente concluída na mesma década, com arranjos subsequentes devido à série de fusões ocorridas. Seguiu-se na década seguinte, a reestruturação dos bancos estatais, começando pela privatização de todos os bancos dos estados, a exceção da Nossa Caixa Nosso Banco, ex-Caixa Econômica de São Paulo.

Os pretextos tornados públicos desta política de privatização maciça e rápida foram vários, entre eles, a insolvência e o uso político dos seus financiamentos. Eram só pretextos porque os bancos privados não escaparam de crises desta natureza, como vieram a comprovar as falências do

Nacional e do Bamerindus, a despeito do PROER.

O fato é que a reestruturação, ao mesmo tempo econômica, produtiva e do trabalho dos bancos privados e estatais foi responsável pela eliminação de 650 mil postos de trabalho no decurso de quinze anos, com uma média de perdas anuais de 40 mil empregos. O BANESPA que em 1992 tinha 36 mil trabalhadores, ao ser vendido ao Santander em 1999 já havia passado para 23 mil e hoje tem 10 mil. O Banco do Brasil chegou a ter 110 mil até fins dos anos 80, hoje tem menos de 70 mil.

Em que pese esta eliminação de postos de trabalho e a automação progressiva de várias tarefas que exigiam digitação e escrituração, foi na segunda metade da década de 80 que os casos de LER começaram a ser mais frequentes, atingindo seu apogeu em meados da década seguinte. No estudo de campo citado, realizado em 1998[20] e envolvendo 5.464 bancários em atividade em bancos estatais das cidades de São Paulo e Campinas, 619 (11%) tinham tido diagnóstico médico de LER e outros 770 (14%) tinham sintomas da doença.

Em 1992, por pressão do Sindicato dos Bancários de Campinas, os bancos da região, como a legislação exige, começaram a remeter cópias das CAT ao sindicato. Neste primeiro ano, eles remeteram algumas CAT, atingindo o ápice em 1996 com 196 CAT que caíram para 04 em 2001. Do total de 751 CAT encaminhadas ao sindicato no período, 86% procediam dos bancos estatais, em pleno processo de reestruturação produtiva e do trabalho e dos programas de demissão voluntária. Tais PDV, obviamente atingiram mais caixas e escriturários, funções mais sujeitas às LER.

É curioso que em 2001, os bancos da região houvessem emitido apenas quatro CAT, duas oriundas de bancos privados e duas estatais. Certamente a redução de bancários e, em especial, a demissão de caixas e escriturários dos bancos estatais tenham havido com a baixa emissão das CAT, mas a queda foi muito grande e rápida para se dever exclusivamente a tais circunstâncias, devendo envolver as outras já apontadas.

Nunca tivemos conhecimento sobre a prevalência de LER nos bancos privados que sempre se mantiveram inacessíveis a estudos públicos desta natureza. É provável que tenha sido mais baixa do que a dos bancos estatais porque, além da maior rotatividade da força de trabalho, fizeram antes o que estes fizeram mais recentemente: eliminar postos de trabalho, principalmente nas funções mais sujeitas às LER.

A se dar crédito às CAT emitidas em 2001 na Região de Campinas, a incidência anual de LER nos bancos públicos aparentemente se igualou à dos privados, embora a prevalência da doença nos estatais se mantenha acima de 10%, podendo até ter aumentado porque se o número de bancários diminuiu, muitos com LER permanecem em atividade por força da estabilidade que gozam.

Privados ou públicos, a reestruturação produtiva e do trabalho bancário têm os mesmos ingredientes:

- a) automação de toda a cadeia produtiva, incluindo reconhecimento óptico de documentos, registro via informática e telemática de créditos, débitos, cobranças de taxas e aplicações;
- b) estímulo ao auto atendimento através dos caixas eletrônicos;
- c) criação de centrais de tele-atendimento e diminuição subsequente dos serviços de balcão, ou seja, do atendimento direto ao cliente;
- d) desestímulo ao uso do cheque;
- e) eliminação de postos de trabalho em todos os níveis, principalmente de escriturários, caixas, supervisores, subgerentes e gerentes;
- f) polivalência de funções e controle do trabalho por produtividade, com a obrigatoriedade de vendas dos produtos do banco;
- g) "terceirização" de alguns segmentos;

h) informalidade das relações de trabalho através da institucionalização da figura do "estagiário".

Alguns desses ingredientes, como a existência de centrais de atendimento tal qual funcionam, a simultaneidade de atribuições e tarefas, o maior controle do trabalho e obrigatoriedade de vendas são tensiogênicos e indutores de LER.

É provável que os trabalhadores que permaneceram nas atividades do ramo bancário e passaram por esta reestruturação sem adoecer sejam mais insensíveis às LER, o que necessariamente não significa que sejam mais saudáveis ou mais fortes do que os que adoecerem e estejam ilesos a outras patologias do trabalho bancário.

15. Utopicamente, se as exigências por maior produtividade e controle de trabalho bancário forem contidas e a jornada de trabalho diminuir, como almejam os trabalhadores, uma automação maior deste ou de qualquer outro ramo produtivo não deverá ter repercussões desfavoráveis sobre a incidência de LER ou de qualquer outra doença do trabalho. Pelo contrário, a incidência deverá cair, como caíram, ao menos nas indústrias de tecnologia de ponta, os acidentes e doenças ditas "ocupacionais".

Ou seja, as medidas de prevenção tradicionalmente recomendadas para as LER, como mobiliário mais ergonômico, teclados especiais, pausas, exercícios de aquecimento e alongamento muscular, etc, certamente de alguma serventia, têm baixa eficácia, como têm baixa eficácia os equipamentos de proteção individual (EPI) na prevenção de acidentes típicos e doenças "ocupacionais".

A razão deste aparente paradoxo é que se está atribuindo os acidentes e doenças do trabalho unicamente às suas causas mais próximas ou imediatas, nem sempre presentes ou identificadas nos processos de produção, particularmente na fase atual da revolução industrial. Agora, as relações entre o trabalhador e estes processos são mais "distantes" ou virtuais, o que faz com que a violência do trabalho se torne mais imaterial e mais sutil porque centrada na cobrança da produtividade, no controle informatizado do trabalho e no medo do desemprego.

As perspectivas do movimento social das LER estão, pois, condicionadas a conjunturas econômicas, políticas e sociais complexas e maiores e à dinâmica dos acontecimentos que não se restringem ao que ocorre timidamente na área técnica de saúde do trabalhador e dentro dos sindicatos de trabalhadores.

É oportuno lembrar que o desenvolvimento do capitalismo no Brasil, tardio e periférico, tem sido extremamente predatório com sua força de trabalho. Ser a favor da utopia da preservação da saúde e da prevenção das doenças dos trabalhadores, fazer para que isto aconteça em um horizonte qualquer, não quer dizer que isto venha a ocorrer sem resistência e menos ainda com o beneplácito patronal, pois contraria interesses concretos do capital e sua voracidade intrínseca. Os avanços que houver neste sentido decorrerão das contradições inerentes a este modo de produção e dos movimentos sociais.

H.P.Ribeiro, Campinas, 22/02/02

1[1] Esta atualização é baseada na experiência e pesquisas do autor. Há uma atualização bibliográfica recente sobre LER, incluindo publicações estrangeiras e nacionais do período de 1994-1998, editada pelo CIR/FSP/USP e Ministério da Saúde.

1[2] Professor doutor em saúde pública pela FSP/USP, pesquisador e colaborador docente do Departamento de Saúde Ambiental/FSP/USP.

1[3] Ribeiro, H.P.: *Meio e violência do trabalho no capitalismo: dimensões e complexidade*. Rev. Projeto História/Natureza e Poder, 23: 105-50, nov, 01, EDUC/PUC/SP

1[4] *Domiciliação* é a intrusão de um elemento desestabilizador na vida humana originada por mudanças do meio, que não é tão somente o meio físico ou natural, mas também, o meio social. Forattini dá como exemplo o vírus da AIDS. É diferente da *domesticação*, onde é o próprio homem que incorpora determinados elementos à sua vida e por seu interesse, como no caso dos animais domésticos. Ver Forattini, O.P. *Ecologia, epidemiologia e sociedade*. São Paulo, Artes Médicas/Edusp, 1992.

- [5] Os Estados Unidos gastam com LER mais do que o Brasil com o SUS.
- [6] Ribeiro, H.P.: *Meio e violência do trabalho no capitalismo: dimensões e complexidades*. In Rev. Projeto História. Natureza e Poder. no 23:105-50, nov., 2001, São Paulo, EDUC/PUC.
- [7] Sob o termo *trabalho em escritório*, Braverman agrupa todo o tipo de atividades exercidas sedentariamente, presentes sobretudo no setor terciário, mas também encontrado no setor industrial moderno. Ver em Braverman, H. : *Trabalho e Capital Monopolista: a degradação do trabalho no século XX*, R. de Janeiro, Zahar, 1981.
- [8] Ver a Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde da OMS, 10ª edição, (OMS/CID-10, 1993) Capítulo XII, M70-79- *Outros transtornos dos tecidos moles* e o Capítulo VI, G-56 sobre *síndromes compressivas dos nervos periféricos*. Em 1999, acompanhando esta tendência, os Ministérios da Previdência Social e da Saúde, em iniciativas paralelas, elaboraram suas listas de *Doenças Relacionadas ao Trabalho* que incluem esses transtornos e lesões.
- [9] Os transtornos e lesões das partes moles do sistema osteomuscular e conjuntivo de natureza traumática e de origem ocupacional são um grupo não muito grande e de fácil diagnóstico para qualquer médico com um mínimo de experiência na área.
- [10] Consultar Ribeiro, H.P. e col.: *Trabalho e Lesões por Esforços Repetitivos: Um estudo de causalidade*. Relatório II, FSP/USP, SES/SP, SEEB/Campinas e FB/SP/MS, 2001.
- [11] Estudos de frequência dizem respeito ao número absoluto de casos; de incidência aos ocorridos em determinado período de tempo e os de prevalência ao número ou taxa de casos em relação a determinada população e tempo.
- [12] Ver Kuorinka, I. et Forcier, L.(coord) : *Les lésions attribuables au travail répétitif/ LATR*, Québec, Multimondes, 1995. Trata-se de uma coletânea de 108 estudos epidemiológicos de alto nível, realizados em vários países.
- [13] As resoluções dos Conselhos Federal e Regional de Medicina, respectivamente de n.1488 de 11/02/98 e n. 76 de 02/07/96 atribuem aos médicos que trabalham em empresas, *“independentemente de sua especialidade”*, a emissão da comunicação de acidente/doença do trabalho (CAT), mesmo quando exista tão só *“suspeita de nexo etiológico da doença com o trabalho”*. Por extensão, todos os médicos estão obrigados a fazê-lo. Nestes mesmos termos se refere o art. da CLT.
- [14] Ver Helfenstein, M: *Lesões por Esforços Repetitivos (LER/DORT). Conceitos básicos*. São Paulo, Schering- Plough, s/d, p.20 e sua tese de doutorado pela EPM/UNIFESP.
- [15] Ribeiro, H.P. *LER: Detecção precoce e suas relações com gênero, idade e função* Campinas SEEB/Campinas, 1999.
- [16] Ribeiro, H.P. *A violência Oculta do Trabalho. As lesões por esforços repetitivos*. Rio de Janeiro, Fiocruz, 1999.
- [17] A legislação previdenciária obriga um percentual de deficientes físicos nas empresas, tanto maior quanto maior for o número de seus empregados. O princípio doutrinário é de que todos, com ou sem plena capacidade de trabalho, têm direito ao trabalho. Tal dispositivo não tem sido invocado ou aplicado nos casos de LER.
- [18] Folha de São Paulo, 03.02.02, cad. B3.
- [19] Trata-se do impropriamente chamado “efeito do trabalhador sadio”, isto é, uma redução da doença pela exclusão espontânea ou provocada dos trabalhadores mais predispostos ou já adoecidos. São, aliás, estes que costumam ocupar os primeiros lugares nas listas de demissões das empresas e serem estimulados a entrarem nos programas de demissão voluntária (PDV). No entanto, o fato de trabalhadores sujeitos às mesmas condições de trabalho não adoecerem de LER, não significa que sejam mais saudáveis ou resistentes, podendo uma outra doença decorrente do trabalho incidir em outros sistemas orgânicos.
- [20] Ribeiro, H.P.(coord.); *Detecção precoce e suas relações com gênero, idade e função*. Campinas, SEEB, Campinas, 1999.