

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
MESTRADO EM SAÚDE E AMBIENTE

**ALEXSANDRA REJANE DOS SANTOS ARAGÃO MACIEL**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS BANCÁRIOS DE SÃO LUÍS (MA):**  
a influência da organização do trabalho das agências bancárias no aparecimento  
das LER/DORT e na mudança de identidade dos trabalhadores

São Luís  
2008

**ALEXSANDRA REJANE DOS SANTOS ARAGÃO MACIEL**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS BANCÁRIOS DE SÃO LUÍS (MA):**  
a influência da organização do trabalho das agências bancárias no aparecimento  
das LER/DORT e na mudança de identidade dos trabalhadores

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Saúde e Ambiente.

Orientador: Prof. Dr. Raimundo Antônio da Silva

São Luís  
2008

Maciel, Alexsandra Rejane dos Santos Aragão.

Representações sociais dos bancários de São Luís (MA): a influência da organização do trabalho das agências bancárias no aparecimento das LER/DORT e na mudança de identidade dos trabalhadores / Alexsandra Rejane dos Santos Aragão Maciel. – São Luís, 2008.

89p.: il.

Prof.Dr. Raimundo Antônio da Silva  
Dissertação (Mestrado em Saúde e Ambiente) – Universidade Federal do Maranhão, 2007.

1. 1. L.E.R.- Bancários - São Luís MA.      2. D.O.R.T. - Bancários - São Luís MA      I. Título

CDU 613.65:336.71(812.11)

**ALEXSANDRA REJANE DOS SANTOS ARAGÃO MACIEL**

**REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DOS BANCÁRIOS DE SÃO LUÍS (MA):**  
a influência da organização do trabalho das agências bancárias no aparecimento  
das LER/DORT e na mudança de identidade dos trabalhadores

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde e Ambiente da Universidade Federal do Maranhão, como parte dos requisitos para obtenção do grau de Mestre em Saúde e Ambiente.

Aprovada em                    /                    /

BANCA EXAMINADORA

---

**Prof. Dr. Raimundo Antônio da Silva (Orientador)**

---

**Prof. Dr. Paulo da Trindade Nery Silva (UFMA)**

---

**Prof. Dr. José Carlos Pires (FAMA)**

## AGRADECIMENTOS

A realização deste estudo consistiu numa trajetória onde os momentos de ansiedade, foram suprimidos pelo companheirismo, profissionalismo e carinho de muitas pessoas. Desta forma, tentarei agradecer a todos que se fizeram presentes neste esforço coletivo.

A Deus, pela presença em todos momentos de minha vida, principalmente nos mais difíceis e por ter me permitido esta conquista.

À minha família, esposo, pai, mãe, irmãs, sobrinhos, tia, sogra, cunhada enfim, os meus familiares mais próximos que com carinho e solidariedade estiveram sempre presentes nesta caminhada.

A minha grande amiga e irmã, Prof<sup>a</sup> Cristiane Pinheiro Maia pela sua determinação em acreditar em nossa capacidade, pela idéias e experiências compartilhadas durante todo o período em que estivemos juntas no Curso. Sou eternamente grata.

Ao orientador Prof. Dr. Raimundo Antônio da Silva, pessoa de qualidades intelectuais ímpares, pelo apoio nos momentos críticos que me proporcionaram a concretização deste projeto.

Ao Prof. Dr. Paulo Nerys da Trindade, pela colaboração na análise deste estudo.

Agradeço especialmente a Prof<sup>a</sup>. Dra. Silvana Maria Moura da Silva, pela força nos momentos de desânimo.

A Prof<sup>a</sup>. Ms. Elizabeth Santana Alves de Albuquerque que acompanhou cada passo desta trajetória, desde a graduação com dedicação e reflexões que me proporcionaram profícuos conhecimentos.

A todos os docentes e todas as pessoas que compõem a estrutura do Mestrado em Saúde e Ambiente, em especial, ao coordenador Prof. Dr. István Van Deursen e Semião pela dedicação.

Ao Sindicato dos Bancários de São Luís, especialmente à Secretária de Saúde e Segurança no Trabalho, Carla Regina Furtado da Costa pelo apoio, confiança e pela sua perseverança.

Aos entrevistados que foram os sujeitos deste estudo. Obrigada pelos seus consentimentos e pelas suas REPRESENTAÇÕES. Aprendi muito com vocês; compartilharei suas percepções com outros, por meio de publicações, com o propósito de buscar a melhoria da qualidade de vida dos que exercem suas atividades profissionais dentro do ambiente bancário.

*“As pessoas sabem o que se passa com elas. Mas não sabem que sabem. Vamos ouvi-las”.*

*Sigmund Freud*

## RESUMO

Estudo descritivo sobre as representações sociais dos trabalhadores acometidos por LER/DORT (Lesões por Esforços Repetitivos/ Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) da rede bancária da cidade de São Luís-MA. A pesquisa foi desenvolvida com 9 bancários associados ao Sindicato dos Bancários da cidade. Utilizou-se como metodologia a abordagem qualitativa e a entrevista semi-estruturada como técnica de coleta de informações. O estudo utiliza o referencial teórico das representações sociais como base de sustentação metodológica. Nas entrevistas, foi observado que os bancários demonstraram total desconhecimento sobre as LER/DORT tanto antes quanto depois do processo de adoecimento, em virtude da grande falta de informação sobre a doença. De acordo com os relatos ficou evidenciado que a forma como as tarefas bancárias estão organizadas repercutem negativamente sobre a saúde física e mental e em diversas outras áreas da vida dos bancários. Foi constatado um despreparo da rede bancária e do sistema de saúde de São Luís em relação ao processo de adoecimento dos bancários, e que os mesmos se sentem desorientados e desamparados no início do processo de adoecimento, pela ausência de pessoas ou órgãos que possam direcioná-los aos processos de saídas, que possam vir a eliminar ou atenuar as conseqüências das LER/DORT e melhor prepará-los, em caso de retorno à atividade laborativa. As sugestões apresentadas buscam possibilitar que esses trabalhadores possam contribuir para a construção de conhecimentos sobre a abordagem das LER/DORT, no contexto dos serviços públicos de saúde, dentre os quais destaca-se assistência psicológica de forma mais intensiva, uma vez que a doença faz-se acompanhar por descontroles psicológicos.

Palavras-chave: LER/DORT. Bancários. Representações Sociais.

## ABSTRACT

Descriptive study on the social representations of the workers acometidos for LER/DORT (Injuries for Repetitive Efforts Related Osteomusculares Riots to the Work) of the banking network of the city of They are Luis-ME. the research was developed with 9 bank clerks associates to the Union of the Bank clerks of the city. It was used as methodology the qualitative boarding and the half-structuralized interview as technique of collection of information. The study it uses the theoretical referencial of the social representations as base of metodológica sustentation. In the interviews, it was observed that the bank clerks had in such a way demonstrated to total unfamiliarity on the LER/DORT before how much after the adoecimento process, in virtue of the great lack of information on the illness. In accordance with the stories were evidenced that the form as the banking tasks are organized re-echo negative on the physical and mental health and in diverse other areas of the life of the bank clerks. Was evidenced unpreparedness of banking network and of system of health of São Luís in relation to process of adoecimento of bank clerks, and that same if they feel disoriented and abandoned at the beginning of process of adoecimento, for absence of people or agencies that can direct them it the processes of exits, that can come to eliminate or to attenuate the consequences of the better LER/DORT and to prepare them, in return case the laborativa activity. The suggestions seek enable these workers can contribute to the building of knowledge on the approach of LER/DORT, in the context of public health services, among which highlights are psychological assistance in a more intensive, since the disease is it is accompanied by restraint psychological.

Keywords: LER/DORT. Bank clerks. Social representations.

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2</b>	<b>O TRABALHO E A RELAÇÃO SAÚDE-DOENÇA</b> .....	16
<b>3</b>	<b>AS TRANSFORMAÇÕES NO TRABALHO BANCÁRIO</b> .....	20
<b>3.1</b>	<b>Reestruturação organizacional dos bancos</b> .....	20
<b>3.2</b>	<b>Mudanças do perfil do profissional bancário</b> .....	27
<b>3.3</b>	<b>Jornada de trabalho</b> .....	30
<b>4</b>	<b>AS LER/DORT E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO BANCÁRIO</b> .....	31
<b>4.1</b>	<b>Conceitos e terminologias</b> .....	34
<b>4.2</b>	<b>Etiologia</b> .....	36
<b>4.3</b>	<b>Diagnóstico, sinais e sintomas</b> .....	38
<b>4.4</b>	<b>Classificação</b> .....	41
<b>4.5</b>	<b>A manifestação do LER/DORT no segmento bancário</b> .....	42
<b>5</b>	<b>METODOLOGIA</b> .....	46
<b>5.1</b>	<b>Concepções teórico-metodológicas</b> .....	46
5.1.1	A metodologia qualitativa .....	46
5.1.2	Considerações sobre a teoria das representações sociais .....	49
5.1.3	O instrumento de coleta de informações .....	53
<b>5.2</b>	<b>Caminho percorrido para a construção do objeto</b> .....	54
<b>5.3</b>	<b>Sujeitos do estudo e caracterização socioeconômica</b> .....	55
<b>5.4</b>	<b>O trabalho de campo</b> .....	56
<b>6</b>	<b>ANÁLISE DAS ENTREVISTAS</b> .....	58
<b>6.1</b>	<b>LER/DORT e bancários: significado e a trajetória causal do adoecimento</b> .....	60
6.1.1	“As LER/DORT são lesões do trabalho desconhecidas” .....	60
6.1.2	As LER/DORT são causadas pela falta de organização do trabalho e pelo capitalismo exacerbado .....	62
6.1.3	As LER/DORT foram agravadas pelas mudanças ocorridas no sistema bancário .....	65
<b>6.2</b>	<b>LER/DORT e bancários: conseqüências e uma nova realidade</b> .....	66

6.2.1	LER/DORT: doença invisível e impregnada de estigma .....	67
6.2.2	LER/DORT: sofrimentos e perdas .....	69
6.2.3	LER/DORT e a identidade do trabalhador .....	71
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>76</b>
	REFERÊNCIAS .....	80
	ANEXOS .....	86

## 1 INTRODUÇÃO

A aproximação com o tema LER/DORT deu-se através de algumas experiências tanto do senso comum quanto do saber acadêmico e, que por extensão, contribuiu para estabelecer os pressupostos desta investigação. Uma delas foi um estágio em uma empresa multinacional com uma equipe multidisciplinar que visava primordialmente a prevenção da saúde e segurança dos trabalhadores.

Nesse período, a curiosidade motivou o conhecimento a participação das reuniões com os bancários acometidos por LER/DORT do Sindicato dos Bancários de São Luís (MA). A partir das relações sociais e dos vínculos estabelecidos através dos relatos e das conversas informais manteve-se uma troca de experiências com esses trabalhadores.

Outra referência para uma abordagem acadêmica com o objetivo de estudar as representações sociais sobre as doenças partindo de conceitos, idéias e percepções dos bancários adoecidos, que representou grande valia foi o trabalho do Núcleo de Referência em Doenças Ocupacionais (NUSAT), do Instituto Nacional de Seguridade Social (INSS) de Minas Gerais. Esse Núcleo atende trabalhadores de diversas categorias funcionais, e através de Grupos Informativos, registra relatos desses trabalhadores sobre a história de sua vida funcional e do seu processo de adoecimento, contribuindo para o processo de prevenção naquele Estado.

Em outra dimensão, como acadêmica do Mestrado em Saúde e Ambiente, e mais especificamente na disciplina Saúde Coletiva, tornou-se possível conhecer o universo e complexidade desse agravo à saúde dos trabalhadores de diversas ocupações, dentre estas, os bancários voltando-se especificamente para o problema de estudo, sendo este as representações sociais dos bancários de São Luís (MA) quanto à influência da organização do trabalho das agências bancárias no aparecimento das LER/DORT e na mudança de identidade desses trabalhadores.

As LER/DORT, assim denominadas por muitos estudiosos, são afecções que podem acometer tendões, sinóvias, músculos, nervos, fásCIAS, ligamentos, isolada ou associadamente, com ou sem degeneração de tecidos, atingindo principalmente, porém não somente, os membros superiores, região escapular e pescoço, de origem ocupacional decorrente de forma combinada ou não de: uso

repetitivo e forçado de grupos musculares e manutenção de postura inadequada (LAMAS, 1998).

Nos últimos tempos, tem-se verificado um aumento na incidência de manifestações musculoesqueléticas ligadas ao trabalho em todo o mundo, constituindo-se em grande problema de saúde pública em muito dos países industrializados. Como corolário desta afirmação está o aumento de casos de LER/DORT. Nas décadas 60 e 70, os trabalhadores mais atingidos eram os de montadoras e grandes indústrias; na década de 80, as vítimas passaram a ser os digitadores, programadores e analistas, ou seja, todos os postos criados a partir do uso das tecnologias informatizadas, passaram a ser considerados geradores de doenças.

Os distúrbios de origem ocupacional passaram a ter maior relevância social em termos de saúde pública e sob o ponto de vista socioeconômico nas últimas décadas do século XX, devido aos gastos astronômicos com afastamentos precoces do trabalho, tratamentos, ações indenizatórias aumentando o déficit previdenciário.

A Revista *Business Week* divulgou que a perda econômica, incluindo custos médicos causados pela LER, supera 2,7 bilhões de dólares anualmente. Só a síndrome do túnel do carpo (tratamento, reabilitação e perda de tempo) fica entre 25 mil e 60 mil dólares por caso. Nos Estados Unidos, cerca de 65% das doenças do trabalho são decorrentes de LER. Na Europa e nos países escandinavos, a preocupação com a doença é extremamente grande. Na Finlândia em 1974, a LER já era de notificação compulsória (OLIVEIRA et al., 1998).

Dados do INSS do ano de 2004, comprovam que cerca de 5 mil dos casos por ano de aposentadoria por invalidez, contando apenas os trabalhadores com carteira assinada, foram devido a esse grupo de doença. Do total de 62 mil casos de doenças ocupacionais, 80 % eram LER, além de, em média, por ano, gerar 130 mil afastamentos do trabalho por mais de 15 dias (OLIVEIRA, 2002).

Segundo dados disponíveis nas estatísticas do INSS, sobre concessão de benefícios por doenças profissionais em 1998, mais de 80% dos diagnósticos que resultam em concessão de auxílio-acidente e aposentadoria por invalidez, foi decorrente do aumento da incidência de LER/DORT (BRASIL, 2001a).

No Brasil, o fenômeno foi mais evidenciado na década de 1980, quando começam a ser descritos em digitadores, os primeiros casos de LER/ DORT. Sem dúvida, as inovações tecnológicas tiveram grande influência no processo de incidência desses distúrbios. De acordo com Oliveira et al. (1998), a emergência de serviços voltados para a saúde do trabalhador no Brasil, surgiu em decorrência do aumento dos registros, principalmente nos Estados mais desenvolvidos da região Sudeste, que apresenta os coeficientes mais altos da doença profissional por população.

Os bancários encontram-se atualmente entre os trabalhadores mais afetados por esse fenômeno. As agências bancárias, na última década, sofreram diversas mudanças em sua organização e na sua estrutura física, o que conseqüentemente, levou ao crescimento do número de trabalhadores acometidos pelas LER/DORT.

Todo este quadro pode ser visto através de vários estudos desenvolvidos no Brasil: o estudo de Miranda e Dias (apud OLIVEIRA, 2002) mostra casos de LER registrados no INSS, em Salvador, onde constatou-se que 20% são caixas de banco, 14,3% escriturários, 10,1% são auxiliares administrativos, 8,6% digitadores, 4,3% atendentes, 3,8% operador industrial, 3,4% telefonistas, 3,2% auxiliares de produção e 3,1% secretária.

Outro estudo realizado em Minas Gerais, no período de 1993 a 1996, referente à variável ramo de atividade econômica (10 primeiros), com trabalhadores portadores de LER atendidos no NUSAT, mostrou que a instituição bancária liderou as pesquisas nos quatro anos com as seguintes porcentagens: 1993 – (26,73%); 1994 – (35,28%); 1995 (20,52%) e 1996 – (16,74%) (OLIVEIRA et al., 1998).

Em estudo realizado com bancários da cidade de São Luís (MA), com 100 pacientes portadores de LER/ DORT, constatou que a maior incidência foi encontrada na Caixa Econômica Federal, com registro de 28 casos, em segundo lugar o Banco do Brasil, com 20 casos, em terceiro lugar o Bradesco com 8 casos, seguindo-se do Banco do Maranhão com 4 casos, BNB e Banespa apenas 1 caso e Unibanco registrou 2 casos.

Os trabalhadores adoecidos têm apresentado problemas psicoemocionais que levaram à mudanças no estilo de vida, modificando aspectos de suas identidades. Segundo Pennella (2000), além das limitações físicas impostas pela dor

e diminuição dos movimentos, há também um crescente sofrimento psíquico, tendo em vista que os indivíduos lesionados possuem uma grande dificuldade em realizar tarefas dentro e fora do trabalho.

Neste contexto, configura-se a pergunta que norteia de modo mais específico à proposta de estudo: até que ponto, segundo as representações sociais dos bancários, a organização do trabalho das agências bancárias de São Luís (MA), influenciam no aparecimento das LER/DORT (Lesões por Esforços Repetitivos/ Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho) e na mudança de identidade desses trabalhadores?

Com o intuito de dar visibilidade à relevância da temática a ser investigada, iniciou-se a pesquisa bibliográfica sobre os estudos existentes em relação às variáveis “LER/DORT” e “serviços bancários de São Luís”. Constataram-se poucos estudos sobre o tema, alguns voltados para a prevenção e tratamento das LER/DORT e a quantidade de Comunicados de Acidentes do Trabalho (CATS), emitidas em determinados períodos, porém a discussão da doença em serviços bancários de São Luís (MA), assim como o adoecimento descrito pelos acometidos pela doença não se apresenta dentre as bibliografias publicadas e consultadas.

Estudar as LER/DORT através das representações sociais tornou-se um desafio, já que para a cidade de São Luís (MA), este trabalho terá uma relevância social e científica considerável devido ao seu ineditismo. Assim, poderá ser considerado um marco de referência para demais trabalhos, visando contribuir para a implementação de ações mais efetivas e coerentes com o referencial da Saúde do Trabalhador, especialmente no que se refere à categoria de bancários.

Acredita-se que as representações sociais dos trabalhadores portadores de LER/ DORT podem proporcionar uma avaliação mais realista sobre a forma de trabalhar em instituições bancárias, seus reflexos sobre a saúde física e mental, auxiliando no processo de prevenção, tratamento destes distúrbios e ainda corroborar nas formas de enfrentamento dessa nova realidade.

Nessa perspectiva, entende-se que este estudo reveste-se de grande significância para que se estabeleça um novo olhar sobre a questão da saúde do trabalhador, em especial, dos bancários acometidos pela doença LER/DORT, haja vista tratar-se de um fenômeno que, quase sempre deixa seqüelas impossibilitando suas vítimas de retornar em suas atividades laborais. Assim, alimentam-se

expectativas de mudanças para uma outra realidade mais justa e eficaz no tratamento da questão em análise.

Pressupõe-se que a forma de organização do trabalho dos bancos de São Luís (MA), repercute negativamente sobre a saúde física e mental e em diversas outras áreas da vida dos bancários, existindo sensível ineficiência da rede bancária em enfrentar a questão do adoecimento desse segmento, bem como na busca de condições que possam vir a eliminar ou atenuar as conseqüências das LER/DORT e prepará-los adequadamente, em caso de retorno à atividade laborativa. Paralelo a esse quadro, os profissionais que trabalham nas instituições bancárias da cidade de São Luís (MA), antes do processo de adoecimento, desconhecem o real significado e as conseqüências das LER/DORT àquelas pessoas portadoras da doença.

O presente estudo tem por objetivo geral investigar as representações sociais de trabalhadores bancários acometidos pela LER/DORT, frente a essa nova situação. E, como objetivos específicos destacaram-se: verificar as condições em que ocorre o processo de adoecimento desse segmento; identificar as conseqüências da doença e as formas de enfrentamento dos bancários portadores dessa nova realidade; sistematizar à luz do marco conceitual e teórico que norteia este estudo, sugestões para a participação dos bancários na construção coletiva da análise e das propostas de mudança na forma de organização do trabalho da rede bancária de São Luís (MA).

A investigação está fundada nos pressupostos de que as pessoas acometidas por essa doença, não têm consciência da sua gravidade e seqüelas, como também que as instituições bancárias não dispõem de condições para ajudá-los na superação das dificuldades decorrentes do próprio quadro de saúde do trabalhador nesse processo de adoecimento.

O processo de investigação será apresentado no decorrer desta dissertação organizado em seis capítulos, específicos a seguir.

No primeiro capítulo, discute-se sobre o trabalho e a relação saúde-doença, apresentando o contexto histórico dessas relações enfatizando a Medicina do Trabalho, Saúde Ocupacional, para alcançar a saúde do trabalhador, enquanto campo em construção na Saúde Pública.

No segundo momento, trata-se acerca das transformações no trabalho bancário considerando as modificações ocorridas nesse campo, decorrentes do processo de evolução tecnológica implementado nas instituições bancárias.

Posteriormente o terceiro capítulo aborda as LER/DORT e a organização do trabalho bancário, em relação aos aspectos pertinentes à historicidade, etiologia, classificação, buscando o quanto possível uma atualização para a compreensão da doença, fazendo, assim, um paralelo da sua incidência com a organização do trabalho bancário.

Cabe mencionar, que no decorrer deste capítulo e de toda a dissertação, procurou-se utilizar os termos LER/DORT, tendo em vista a atualização realizada na Norma Técnica do INSS em 1998, que modificou o nome da patologia, passando a ser reconhecida institucionalmente como DORT. Ressalta-se, que apesar desta mudança, compreende-se a legitimidade conferida ao nome LER, e a abrangência que esta terminologia representa, no processo de reconhecimento do trabalho como desencadeante de adoecimento nos trabalhadores.

No quarto capítulo, descreve-se a metodologia utilizada para a realização deste estudo, apresentando as concepções teórico-metodológicas, o caminho percorrido para a construção do objeto, os sujeitos do estudo e o trabalho de campo. Entende-se a metodologia como um caminho complexo, que solicita do pesquisador uma atenção maior no desenvolvimento do trabalho, para que assim, possa explicitar a realidade e alcançar os objetivos propostos com a pesquisa.

Nesta última etapa, discorre-se sobre o levantamento qualitativo, as análises das entrevistas realizadas com os bancários portadores de LER/DORT vinculados ao Sindicato dos Bancários de São Luís (MA). As representações sociais desses profissionais foram mostradas através das seguintes categorias que evidenciam as mudanças ocorridas na vida laboral e pessoal: LER/DORT e bancários: significado e a trajetória causal do adoecimento, e LER/DORT e bancários: conseqüências e uma nova realidade.

E, finalizando, apresentam-se as considerações finais e sugestões relacionadas ao objeto de estudo com base na literatura pertinente ao assunto analisado e a realidade constatada.

## 2 O TRABALHO E A RELAÇÃO SAÚDE-DOENÇA

A expressão trabalho se origina do “*tripalium*”, que significa um instrumento de tortura utilizado para paralisar os indivíduos submetidos ao trabalho forçado em virtude de perda do direito à liberdade. Na ótica da religião, o homem passou a ser castigado a partir do momento em que Adão e Eva constituíram o pecado. De acordo com o livro Gênesis contido na Bíblia Sagrada, o trabalho é concebido como um castigo, razão pela qual o homem será obrigado a trabalhar e com o seu próprio suor, obter alimento e sua sobrevivência (SCHLAEPFER; OROFINO; MAZZAROLO, 2004).

A essa concepção se integraram valores culturais e idéias de pessoas importantes no contexto social, que contribuíram para a formação de um sentido pessoal e exclusivo estabelecendo elo entre os fatores de obrigação e prazer de trabalhar. Dentro de uma visão moderna, o homem encontra significado em sua vida através do trabalho, adquirindo este um sentido de necessidade e razão de vida (SILVA, 2006).

Com o passar dos anos, novas teorias surgiram tratando do conceito de trabalho, dentre as quais se verifica a tendência para uma reconcepção focando experiência de conveniência sadia, respeito, compromisso e qualidade de vida.

Dentro de uma visão psicológica, o trabalho gera distintos graus de motivação e satisfação, especialmente, no que se refere à forma e ao ambiente onde se realiza a tarefa (KANAANE, 1994).

Ao se inserir no contexto organizacional, o indivíduo fica sujeito a variáveis que influenciam diretamente no seu trabalho. Nos dias atuais, observa-se maior atenção à saúde do indivíduo no trabalho, uma vez que esse aspecto está relacionado com a produtividade da empresa que, essa razão, exige indivíduos saudáveis e com perfil que atenda ao atributo qualidade.

As situações relacionadas à saúde e trabalho passaram a ser questões de ordem pública desde meados do século XIX, época em que o adoecer nos processos de produção surgem com o início da industrialização. No Brasil, a industrialização somente apareceu um século depois.

Diante dessa nova realidade, nos países considerados industrializados, o Estado passou a regulamentar e intervir nos assuntos referentes à promoção e

prevenção da saúde e segurança dos trabalhadores, visando romper com as barreiras do desenvolvimento econômico. A partir de então, o Estado iniciou um conjunto de ações no sentido de assegurar condições para a evolução do novo sistema de produção.

A Revolução Industrial ocasionou uma situação de submissão, as condições desumanas de trabalho, jornadas extensas, acidentes de trabalho, atividades insalubres e perigosas. Ao lado desse espectro, surgiram novas relações de produção, ocorrendo conforme indicam Mendes e Dias (1991), o surgimento da Medicina do Trabalho com a finalidade precípua de controlar a força de trabalho com vistas ao aumento da produtividade, a qual foi criada na Inglaterra no século XIX.

A presença do profissional médico na fábrica ficou entendida como uma possibilidade da rápida recuperação do trabalhador dentro de um prazo menor possível mediante à necessária industrialização. A atuação da Medicina do Trabalho voltada para a atuação médica se mantém na atualidade com uma visão biologista e individual, na tentativa de detectar a causa das doenças e acidentes de trabalho e uma abordagem unicausal.

Essa modalidade de atuação da Medicina do Trabalho, ou seja, centrada especificamente no indivíduo dando prioridade ao diagnóstico e tratamento, com restrição para a subjetividade e a percepção do trabalhador, possibilitou a omissão da Medicina do Trabalho na intervenção dos problemas de saúde advindos do processo de produção. Como conseqüência, ampliou-se a atuação médica voltada para o trabalhador atuando no contexto do ambiente utilizando um instrumental disponibilizado pelas outras disciplinas.

Nessa perspectiva, a Saúde Ocupacional busca se estruturar a partir da Segunda Guerra e Pós-Guerra, frente ao custo provocado pelas vidas ceifadas por acidentes de trabalho ou doenças do trabalho, sentido pelos empregadores e companhias de seguro pelas indenizações pagas.

Dessa forma, mudou-se o foco de intervenção, pois antes centrada no indivíduo passa para a questão dos riscos pertinentes ao ambiente de trabalho. A Saúde Organizacional se caracteriza pela abordagem da higiene industrial, intervindo nos locais de trabalho visando controlar os riscos ambientais, utilizando uma atuação multiprofissional envolvendo médicos, engenheiros, toxicologistas e outros (MENDES; DIAS, 1991).

A Saúde Ocupacional desenvolvida no Brasil, acompanhou o processo aplicado aos países de Primeiro Mundo. Porém, não alcançou seus objetivos, visto que preservou o referencial da Medicina do Trabalho e, portanto, não atuaram de forma interdisciplinar limitando suas medidas relacionadas à saúde no trabalho a ações sobre os riscos ambientais mais presentes.

As questões relacionadas ao trabalho (saúde e doença), inicialmente foram abordadas por autores da Medicina Social Latino-Americana, dentre eles Laurell e Noriega (1989), que conceituam o trabalho dentro de uma visão de processo de trabalho envolvendo as relações sociais de produção. Ao lado dos efeitos evidentes do trabalho sobre a saúde, sendo estes agentes nocivos químicos, físicos e outros, há uma busca para compreender a nocividade do trabalho com seus reflexos em nível biológico e psíquico.

A Medicina Social Latino-Americana propõe, então, uma visão do conceito de trabalho que incorpora a idéia de processo de trabalho, na qual o foco não se restringe à sua composição ambiental constituída dos vários fatores/agentes de risco e externo ao trabalhador, mas como uma "categoria" explicativa que se inscreveria nas relações sociais de produção existentes entre o capital e o trabalho (LACAZ, 1996, p.23).

Dessa realidade, surge a urgência da Saúde do Trabalhador. Esta área se apresenta diferente da Medicina do Trabalho e da Saúde Ocupacional, por abranger a questão do processo de trabalho na dimensão das Ciências Sociais e da Epidemiologia Social contextualizadas na relação saúde e processo de trabalho.

Encontram-se na Medicina Social Latino-Americana e na Saúde Coletiva, as raízes da saúde do trabalhador. A relação saúde/trabalho constitui sua premissa básica abrangendo a questão de adoecimento dos trabalhadores com ênfase em reflexões dos processos de trabalho. Estuda as questões sociais, políticas e econômicas de forma articulada de modo a determinar o nexos biopsíquico observadas nos grupos das sociedades capitalistas industriais (LAURELL; NORIEGA, 1989).

A experiência sindical italiana constitui referência teórico-metodológica, contribuindo para a identificação do saber do trabalhador no acompanhamento das condições ambientais e riscos evidentes.

Na década de 1970, foram sentidas significativas conquistas pelos trabalhadores em vários países, quando ocorreram sensíveis mudanças nos

processos de trabalho, aprofundando-se as críticas à concepção da Saúde Ocupacional.

[...] ganha corpo a teoria da determinação social do processo saúde/doença, cuja centralidade colocada no trabalho - enquanto organizador da vida social- contribui para aumentar os questionamentos à medicina do trabalho e a saúde ocupacional (MENDES; DIAS, 1991, p.346).

A partir dessa configuração que começou a se estabelecer no final da década de 60, os limites de atuação da Saúde Ocupacional durante muito tempo, passaram a ser questionados, uma vez que quase nada se fazia em relação à proteção da saúde dos trabalhadores.

Mendes e Dias (1991), colocam que as mudanças ocorridas com a aplicação de novas tecnologias, ou seja, da automação e informatização nos processos de trabalho, de imediato, passaram a significar melhorias das condições de trabalho possibilitaram o surgimento de outros riscos à saúde.

Esses riscos ocasionaram doenças de difícil medicalização, dentre as quais se destacam as LER/DORT, que estão diretamente relacionadas à organização do trabalho, especialmente àquelas categorias que no exercício de suas atividades estão sujeitas a esforços repetitivos.

### **3 AS TRANSFORMAÇÕES NO TRABALHO BANCÁRIO**

#### **3.1 Reestruturação organizacional dos bancos**

A partir da década de 30, a configuração do contexto político, econômico e social do Brasil, influenciou de forma marcante o desenvolvimento do sistema financeiro nacional que incorporou várias mudanças e adaptações relacionadas às novas exigências do mundo do capital. Esse cenário incluiu a intensificação na adoção de novas tecnologias, formas de organização do trabalho e mudanças nas ocupações e perfil da categoria bancária.

A racionalização do trabalho bancário ocorreu de forma lenta, gradual e monitorada pelos avanços da tecnologia e pelas mudanças organizacionais, mediante o aumento de rentabilidade ao menor custo, exigência das organizações para se manterem no mercado competitivo.

O processo de industrialização verificado dessa época em diante, aliado à proteção de um Estado forte, caracterizaram a expansão capitalista, cujo fato passou a exigir um novo sistema de crédito nacional com mais dinamismo. As mudanças socioeconômicas se fizeram lentamente até 1960, no entanto, apresentaram-se “fortemente caracterizadas pela racionalização e mecanização do trabalho bancário” (SEGUININI, 1998, p.62).

A atuação dos bancos até a Reforma Bancária de 1964, era segmentada e regionalizada e, em sua maioria, possuíam estrutura de pequeno porte. De acordo com Acoorsi (1991), àquela época o sistema contava com uma rede composta por 350 bancos, com 10 agências cada, sendo que em cada uma das agências trabalhavam em média, 25 bancários. Essas agências eram autônomas em relação à administração geral do banco e efetivam a contabilidade bancária relacionada à captações e empréstimos.

As tarefas do bancário exigiam caligrafia e redação, bem como conhecimentos em contabilidade. O controle inicial das operações de entrada e saída de recursos da agência eram realizadas pelo contador, sendo ele também responsável pelo controle dos funcionários. Para a realização dessas tarefas eram

considerados traços de personalidade, como honestidade e correção de caráter e de conduta.

Anteriormente os atributos definidores do bom bancário encontravam-se fora da empresa, em certo grau de escolaridade e na familiaridade com regras formais de relações interpessoais, dependentes da posição de classe e da honradez, algo que se possuía independente de classe e , que se trazia para o interior do estabelecimento (ROMANELLI, 1978, p.157).

A profissão de bancário possuía elevado *status* social, haja vista as condições do ambiente de trabalho e as exigências intelectuais para o exercício das atividades. Com a intensificação acelerada da indústria, houve a necessidade de novas adaptações do setor bancário visando ao desenvolvimento de todo o sistema.

Por esse motivo, os bancos adquiriram estrutura semelhante às indústrias, introduzindo modelos de organização taylorista / fordista. Assim, fizeram-se presentes a mecanização, a padronização, a normatização e a rotinização dos procedimentos bancários.

Como conseqüência, a organização científica do trabalho classificou os bancários em qualificados, aqueles que realizavam tarefas que exigiam conhecimento e, sem qualificação para o exercício de tarefas menos complexas. Certamente que essas mudanças refletiram sensivelmente nas condições de trabalho. Segundo Izumi (1998, p.55) “esse período foi marcado pela introdução dos computadores, o que gerou as condições para mudanças organizacionais, de conteúdo do trabalho e de perfil dos bancários”.

Conforme Canêdo (1978, p.189), a Reforma Bancária de 1964, atendeu aos planos do Estado autoritário de modernização desse setor, com a finalidade de financiar o desenvolvimento da indústria nacional que teve por objetivos:

- Obter redução nos custos operacionais nos bancos comerciais;
- Obter diminuição nas taxas de juros dos empréstimos concedidos pelos bancos;
- Desenvolver, no setor bancário, empresas suficientemente grandes para dar cobertura financeira à empresas igualmente grandes, atuando no campo industrial, comercial e de serviços;

- Promover alterações na composição dos ativos, permitindo o aumento de investimentos imobiliários, melhorando a solidez destas instituições;
- Melhorar a estrutura de capital desses bancos, promovendo o aumento dos depósitos a prazo e o reinvestimento dos lucros;
- Facilitar a fiscalização.

Dessa forma, houve possibilidade de se estabelecer as bases para a constituição de um sistema financeiro nacional e do mercado de capitais (RODRIGUES, 1999).

A Padronização Contábil dos Estabelecimentos Bancários (PACB), foi implantada pelo Banco Central, em 1967, com o objetivo de controlar e fiscalizar as operações financeiras diárias. Conseqüentemente, os bancos se obrigaram a agir no sentido de racionalizar os procedimentos, reduzindo custos de serviços, de modo a favorecer a concentração e a centralização do capital financeiro.

Nesse contexto, é implantada a automação bancária de modo irreversível, ou seja, sem volta, por meio da qual se avolumou o número de informações processadas. A automação propiciou a centralização dessas informações, ao mesmo tempo, em que eliminou os serviços de retaguarda, integrou as agências ao sistema, reduzindo custos e tornando o processamento mais ágil. Tais transformações favoreceram a diversificação dos serviços bancários, tornando-os mais competitivos em um mercado que, naquela época, encontrava-se em expansão.

A massificação dos serviços bancários, foi um outro ponto importante naquele período. Nesse aspecto, Rodrigues (1999, p.69) ressalta que “a inserção progressiva de adornos tecnológicos nos bancos, viabilizou maior controle da gestão da força de trabalho”. De acordo com esse autor, com a criação dos Centros de Processamento de Dados (CPDs), houve a padronização de operações, o que levou ao processamento rápido e em volume maior, reduzindo custos e aumentando a produtividade.

A valorização da racionalização administrativa foi sentida com o surgimento dos Departamentos de Organização e Métodos “produzindo estudos para mudanças no *layout* das agências, processo de trabalho, e transformando concretamente a rotina do trabalho bancário” (RODRIGUES, 1999, p.69-70).

Portanto, essas transformações conduziram a uma maior divisão do trabalho, fragmentando e estabelecendo rotinas de tarefas, sendo estas repetitivas para grande parte dos bancários.

A transformação das ocupações nos bancos conduz à eliminação de postos de trabalho, à criação de outros e alterações de alguns já existentes. Constata-se, assim, a ocorrência de transformação do trabalho dos caixas dando origem:

a figura do caixa executivo, em substituição ao caixa tradicional que só pagava e recebia. O caixa passava agora a acumular as funções de conferência de assinatura e de saldos, de efetuar lançamentos, em prejuízo do cargo dos escriturários. Podemos dizer, resumidamente, que passamos de um modelo de agência 'tradicional' (gerente isolado, com poucos caixas e pequena área de atendimento) para um modelo de agência de atendimento (gerência exposta, vários caixas e grande área de atendimento) (ACCORSI, 1991, p.48).

Os fatos mostram a mudança do perfil do trabalhador bancário. Do contador com um conhecimento sobre todo o processo de trabalho no banco, com rumo a uma carreira, a um funcionário pouco qualificado realizando tarefas simples e repetitivas. O perfil conhecido até então, passa a representar uma categoria jovem e a profissão bancária, torna-se transitória, servindo como um mero instrumento para ajudar nos estudos da classe bancária (ROMANELLI, 1978).

Ao término da década de setenta e início da década de oitenta, os bancos entraram na segunda etapa da evolução tecnológica (ELY, 1995, p.2), caracterizada “pela implantação e difusão do sistema *on line*<sup>1</sup>, pela criação dos sistemas de apoio às decisões e implantação dos terminais de consulta aos clientes. Essa etapa se constitui também na “substituição das máquinas registradoras dos caixas por terminais de computador conectados aos equipamentos centrais dos CPDs, através da rede nacional de telecomunicações” (ELY, 1995, p.54).

O lançamento contábil passou a ocorrer no instante em que era digitado pelo caixa da agência, sendo eliminadas rotinas antes realizadas pela retaguarda e

---

<sup>1</sup> O sistema on-line aumentou a integração do processo produtivo das transações bancárias a ele incorporadas: o momento de acolher os dados (registro dos movimentos do caixa) e o momento de alimentar os computadores com as informações (digitação desses dados) fundiram-se em um só movimento, aumentando a velocidade no processamento das informações. A atualização da conta corrente, que antes demorava pelo menos 24 horas.

o transporte de documentos para o processamento das informações. O trabalho dos caixas foi intensificado, incorporando múltiplas tarefas.

Com o sistema *on line* não somente foi incrementado o trabalho do caixa como foi possível um controle maior sobre suas atividades, em virtude do número de autenticações registradas diariamente e o tempo de utilização do documento.

Segundo Silva (1991, p.128), esse controle foi utilizado pelas chefias a fim de pressionar os caixas a produzirem mais, com um índice menor de erro. Nesse período, os bancos dispunham da crescente inflação que lhes proporcionava lucratividade, razão pela qual era importante atender ao maior número de clientes, com pagamento de taxas públicas (água, luz, telefone).

Para Pereira e Crivellari (1991, p.97), as novas formas de gestão de um banco de capital privado nacional caracterizam a noção de “banco-fábrica”. Na concepção dessas autoras, houve a formação de “células de trabalho polivalente dedicadas a determinadas famílias de produtos”.

Os conceitos de fábrica e de células de produção dos serviços bancários reproduziam alguns aspectos do modelo *just in time*, tendo como ponto de partida o ideal "zero": pane nos equipamentos - 0; defeitos - 0; demora na execução das tarefas - 0; estoque - 0 e papel - 0 (PEREIRA; CRIVELLARI, 1991, p.107).

A divisão do trabalho, no interior das agências, foi mais rígido com o aumento do controle de tempo para a execução das tarefas, especialmente no que se refere aos caixas. A disciplina e controle do trabalho são regulamentados pela rigidez dos tempos e a presença física dos clientes, ao lado do medo de errar e da responsabilidade com os valores monetários.

Durante esse período, principalmente, na segunda metade da década de 80, tal realidade foi concebida como de fundamental importância para a reorganização interna dos bancos no Brasil. Os planos econômicos Cruzados I e II, Bresser e Verão que visavam à estabilização da inflação, implicaram no conjunto de modificações e adaptações tanto internas como externas, para fins de sobrevivência em um momento econômico de inflação em baixa. Aliado a esse fato, destaca-se a

institucionalização dos bancos múltiplos e o fim da exigência de carta patente para a abertura de instituição financeira<sup>2</sup>.

A partir de uma única estrutura jurídica e contábil, os bancos múltiplos trabalhavam com oito carteiras: banco comercial; de poupança; investimento ou fomento; financiamento rural, ao consumidor, imobiliário; cambial e de arrendamento mercantil (BLASS, 1993, p.84).

A partir de 1989, os bancos passaram a atender demandas diversificadas de sua clientela, o que levou a um redimensionamento de suas atividades, a reduzir postos de trabalho e intensificar o processo de terceirização. Com base em dados publicados pelo DIEESE (1997), no período de janeiro de 1989 a dezembro de 1996, 314.784 postos de trabalho desapareceram do mercado de trabalho.

Diante de um novo ambiente econômico, com “baixos índices inflacionários” em decorrência dos planos de estabilização, os bancos tiveram que se ajustarem para se adaptar ao quadro econômico ora instalado no País (RODRIGUES, 1999, p.35). Os “ajustes para dentro” envolveram redução de custos operacionais, intensificação da automação, desenvolvimento e incentivo ao auto-atendimento, mudanças nas técnicas de gestão, redução de postos de trabalho e terceirização, enquanto os “ajustes para fora” abrangeram o desenvolvimento de novos produtos e serviços para o tratamento diferenciado da clientela, conforme o perfil de renda e potencial de consumo dos serviços e produtos financeiros.

Todas essas inovações trouxeram impactos no processo de trabalho em todos os níveis hierárquicos. A velocidade e o número de informações cresceram de uma maneira tal que o caixa passou a ter dados disponibilizados em tempo real. Como consequência, várias tarefas foram simplificadas, o que permitiu a operação em um único turno, ou seja, no horário de atendimento ao público.

No tocante à gerência, as mudanças ocorreram por meio dos “sistemas de apoio à decisão”, que possibilitaram o acesso a uma gama de informações, que, antes, percorriam inúmeros trajetos. Por essa razão, ficaram mais próximos, a administração central do banco, a agência e os clientes.

---

<sup>2</sup> Segundo Rodrigues (1999, p.28-30), a reforma bancária de 1988, que elimina a carta patente e cria os bancos múltiplos, fez com que o número de instituições financeiras crescesse de maneira significativa. De 1989 a 1995, o número de bancos múltiplos passa de 114 para 203.

Com o advento do Plano Real se tornou pouco rentável para os bancos o atendimento a vários clientes, de forma indiscriminada e o recebimento de taxas públicas. Essa realidade contribuiu para que os bancos incorporassem tecnologia para racionalizar o atendimento (ELY, 1995). Direcionados para essa tendência, os bancos começaram a investir mais em estratégias de *marketing* a fim de atrair os clientes de interesse para o banco.

Para tanto, as agências foram reestruturadas em seu espaço visando à segmentação da clientela e o redirecionamento do fluxo de pessoas. Assim, o espaço passou a ser dividido entre o auto-atendimento situado no espaço que as pessoas adentram ao banco, com o objetivo de evitar filas e diminuir o uso dos guichês de caixa, destinados aos clientes de “baixa renda”; a central de atendimento, para abertura de contas, aplicações, venda de produtos e resolução de todo e qualquer tipo de problemas; a área de negócios, na qual os gerentes e assistentes atendem, de maneira personalizada, os clientes de maior renda, que intencionam realizar grandes operações de crédito e captações e o espaço destinado aos caixas (IZUMI, 1998).

O atendimento virtual representa uma outra forma de atendimento que também se utiliza da tecnologia, que compreende *homme*, *office*, *faxbanking*, centrais telefônicas e Internet, que não exige deslocamento físico do cliente à agência.

Esse processo de reestruturação produtiva dos bancos teve reflexos na estrutura de ocupações. Estudo realizado por Ely (1995, p.12) mostra que:

O ritmo de trabalho dos caixas, por exemplo, foi intensificado devido à simplificação das tarefas, com a introdução do código de barras na maior parte dos documentos e do respectivo equipamento para decodificação. Com isso, houve um crescimento do número de documentos processados e a conseqüente diminuição do tempo de espera para atendimento.

Estudos publicados acerca da reestruturação produtiva do setor financeiro indicam uma tendência dos bancos em concentrar suas atividades na realização de negócios e as transações comuns serem realizadas pelos canais virtuais e/ou auto-atendimento.

A partir das novas estratégias de atendimento ao público, tornou-se mais ágil o atendimento a um grande número de pequenos correntistas e não-correntistas, favorecendo a abertura de espaços para o atendimento mais

personalizado aos “clientes preferenciais” e exigiu a necessidade de trabalhadores mais “qualificados” para a venda de produtos e serviços do banco. Isso significa dizer, que houve demanda de profissionais com habilidades não adquiridas pelas escolas, quais sejam a habilidade de lidar com clientes mais exigentes, para vender, maior domínio sobre as informações do mercado financeiro, capacidade para analisar dados quantitativos e qualitativos, dentre outras.

Com as atividades direcionadas para a realização de negócios, foi acrescido aos modos de controle da produtividade do trabalho, o estabelecimento de metas a serem alcançadas. Mas, por conta da falta de alcance de metas, muitas agências foram fechadas e, conseqüentemente, por baixa produtividade dentro do esperado.

Tais considerações significaram apenas algumas das situações envolvidas no processo de reestruturação produtiva dos bancos face às mudanças estruturais econômicas e sociais advindas com a globalização e o neoliberalismo que impuseram uma nova ordem nas sociedades especialmente, em âmbito da economia.

### **3.2 Mudanças do perfil do profissional bancário**

Os fatos mostram que as transformações sofridas pelo setor bancário, inicialmente, apresentaram-se lentas e graduais. No entanto, o uso intensivo de novas tecnologias de automação bancária e de outras formas de gestão do trabalho contribuíram para que as mudanças acontecessem dentro de uma velocidade cada vez maior. Assim, desse período até os dias atuais, formou-se uma nova categoria bancária.

O novo cenário ora instalado, mudou a moeda, que era o principal meio de trabalho do bancário tradicional, para a informação. Na atualidade, os clientes são incentivados a utilizar o auto-atendimento para pagamento de contas e tributos e, quando necessário, encontram profissionais preparados e informados, capazes de prestar informações corretas e auxiliá-lo em investimentos.

A flexibilização da jornada de trabalho e da remuneração, ao lado da ampliação das tarefas dos bancários, como armazenamento e interpretação de

informações decorreram da racionalização do trabalho e da simplificação de procedimentos internos e da reorganização funcional. A tecnologia passou a exercer um controle maior sobre os trabalhadores, excluindo a gerência da responsabilidade de administrar a rotina, ficando ela livre para a venda de produtos.

Segundo o DIEESE (1997), os bancos adotaram uma política de recursos humanos que motivaram o trabalhador a executar suas tarefas visando aos objetivos da empresa, transferindo a cada um em particular, a responsabilidade da gestão de sua rotina, o que lhes atribuía uma falsa noção de *status*, aumentando, assim, o controle individual e coletivo.

A Tabela 1 a seguir demonstra as mudanças nos principais postos de trabalho.

Tabela 1 – Mudanças nos principais postos de trabalho (em %)

Ocupações	1986	1992	1996
Direção e gerências	5,75	7,56	11,05
chefias intermediárias	16,03	13,34	11,91
Caixas	15,81	17,98	19,17
Escrituários	54,78	50,00	46,89

Fonte: DIEESE (1997, p.115).

Os dados contidos na Tabela 1, expressam participação relativa do nível denominado direção e gerência que praticamente dobrou de 1986 para 1996 (de 15% para 11%). Fato este que deve ser analisado como uma exceção, tendo em vista o forte decréscimo do número geral de ocupações desse setor.

De acordo com levantamento realizado por Rodrigues (1999, p.145), ao se comparar “os números absolutos relativos ao estoque de empregos no setor financeiro de 1989 a 1997, pode-se constatar uma diminuição da ordem de aproximadamente 58%”.

A explicação para o aumento proporcional de gerentes e diretores, dentro da categoria como um todo, pode ser a própria reestruturação produtiva que transformou os bancos de lojas de atendimento em balcões de negócios. A classificação dos gerentes é feita de acordo com cada segmento da clientela a ser atendida, sendo pessoas jurídicas e pessoas físicas, com rendimento elevado ou médio.

O controle dos funcionários pelos bancos passou a ser feito pelas metas preestabelecidas e pelas máquinas que registram as operações realizadas diariamente. As novas formas de gestão redistribuíram as tarefas, racionalizando os procedimentos e aumentando as responsabilidades individuais. Como consequência, houve considerável diminuição do grupo de chefias intermediárias (de 16% em 1986 para 12% em 1996).

O grupo mais afetado pelo processo de reestruturação produtiva dos bancos, foi o de escriturários e auxiliares. A automatização eliminou a circulação de papéis afetando os serviços de retaguarda. A terceirização crescente atingiu profundamente essa categoria, visto que várias tarefas passaram a ser realizadas pelas empresas contratadas, além do uso constante do auto-atendimento por parte dos clientes.

A redução de postos de trabalho ocorrida na categoria bancária não atingiu de forma acentuada o grupo dos caixas, em números relativos. Mas, em números absolutos, sofreu grande diminuição, passando de 120.920 trabalhadores, em 1986, para 92.645, em 1996.

A tendência mostrou que a participação relativa dessa categoria em relação ao total de profissionais desse setor diminuiu em virtude, principalmente, das várias formas de pagamento criadas pelos bancos, que têm dispensado o trabalho desses profissionais (auto-atendimento, operações via telefone, fax, *home / office banking*, Internet, pagamento de compras direto nas lojas e mercados).

O banco foco deste estudo, de controle estatal, também tem sofrido transformações nos postos de trabalho, todavia numa velocidade menor e de outra ordem, tendo em vista sua situação diferenciada em relação aos bancos privados. Em 1990, ele possuía 36 mil trabalhadores. Esse número vem diminuindo sensivelmente, devido ao incentivo às aposentadorias e ao Plano de Demissões Voluntárias. Entre 1994 e 1996, foram reduzidos 8.044 empregos; ou seja, em 1997, o banco possuía 28 mil trabalhadores. Deste total, 8,91% eram relativos aos gerentes, 22,51% pertenciam às chefias intermediárias e 68,56% correspondiam aos níveis hierárquicos inferiores, isto é, escriturários e caixas (DIEESE, 1997, p.117).

### 3.3 Jornada de trabalho

Com base nas contidas na Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), a jornada de trabalho dos bancários está estabelecida da forma seguinte:

Art. 224. A duração normal dos empregados em bancos, casas bancárias e Caixa Econômica Federal será de 6 (seis) horas contínuas nos dias úteis, com exceção dos sábados, perfazendo um total de 30 (trinta) horas de trabalho por semana (BRASIL, 1943).

A jornada de trabalho de 6 (seis) horas diárias foi uma conquista da categoria bancária, após mobilização e reivindicação que terminou com a greve de 1932. Tal jornada foi determinada pelo Decreto-Lei n. 22.322, de 1933, no qual não constou obrigatoriedade de pagamento de horas extras. Em 1962, depois de nova greve, o trabalho aos sábados foi eliminado (BRASIL, 1933).

Segundo Rodrigues (1999, p.16), “esse direito é desrespeitado continuamente, pois 53% dos bancários realizam horas extras com frequência, mas um total de 40% não são pagas”.

Estudos realizados pelo DIEESE evidenciaram que, a partir de 1990, houve aumento na proporção de bancários com jornadas mais extensas que aquelas firmadas legalmente. O grupo com jornada estendida para até 40 horas semanais chega próximo a 40% da categoria (RODRIGUES, 1999).

O sistema de comissão desobriga os bancos do pagamento de horas extras, o que contribui para um número menor de trabalhadores para o exercício dessas funções. Este fato propicia efeitos nocivos ao emprego bancário. Além desses efeitos, a prática excessiva das horas extras expõe os trabalhadores a um risco maior de adoecimento no trabalho.

#### 4 AS LER/DORT E A ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO BANCÁRIO

Em âmbito mundial tem crescido nas últimas décadas, a incidência dos Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT), cuja denominação no Brasil é mais conhecida como Lesões por Esforços Repetitivos (LER).

O médico italiano chamado Bernardo Ramazzini, em 1700, detectou pela primeira vez as LER/DORT, ao descrever os efeitos advindos do uso contínuo da mão pelos escribas e notórios como uma lassidão de todo o braço e completa paralisia do braço direito (MENDES, 1995).

Na década de 1960, outros quadros clínicos relacionados às atividades repetitivas foram observados. Tal constatação ocorreu simultaneamente à transformação do processo produtivo, à automação dos processos de produção, dentre outros. O resultado dessas mudanças levou ao aumento do ritmo de trabalho ao lado da imposição da cadência da máquina se sobrepondo ao homem (SANTOS; BUENO, 2002).

Como conseqüência da Revolução Industrial, tornaram-se numerosos os quadros clínicos em decorrência de sobrecarga estática e dinâmica do sistema osteomuscular. Porém, somente a partir da segunda metade do século XX, esses quadros osteomusculares adquiriram importância em número e relevância social frente à racionalização e inovação técnica na indústria, sendo atingidos principalmente os perfuradores de cartão (AMERICANO, 2006).

As epidemias de LER foram vivenciadas por trabalhadores de vários países. Maeda (1997) coloca que no Japão, em 1958, foram descritos os primeiros casos de *Occupational Cervicobrachial Disorder*. Na Austrália, a doença teve seu conceito definido por Browne, Nalam e Fithfull (1984) em 1970, com o nome *Repetitive Strain Injuries*. Na Suíça, as pesquisas vêm sendo feitas a partir de 1980 coordenadas por Hunting et al (1981). Nos Estados Unidos, Armstrong (1986) apresentou o conceito de *Cumulative Trauma Disorders* citando a síndrome do túnel do carpo e tendinites como exemplos típicos.

Essa grande ocorrência da doença gerou mudança no conceito tradicional de que o trabalho pesado, realizado com esforço físico, é mais desgastante que o trabalho leve envolvendo esforço mental com maior exigência dos membros superiores e relativo gasto de energia (MAENO et al., 2001).

Há que se lembrar de que, ao contrário de previsões feitas na década de 80, a incidência de LER vem aumentando nos países industrializados, nos quais as características da organização do trabalho de forma geral privilegiam o paradigma da alta produtividade e qualidade do produto em detrimento da preservação do trabalhador, devido à inflexibilidade e alta intensidade de ritmo, grande quantidade e alta velocidade de movimentos repetitivos, falta de autocontrole sobre o modo e ritmo de trabalho, mobiliário e equipamentos ergonomicamente inadequados (MAENO et al., 2001, p.34).

No Brasil, as LER inicialmente foram descritas como tenossinovite ocupacional. Em 1973, no XII Congresso Nacional de Prevenção de Acidentes do Trabalho foram apresentados casos de tenossinovite ocupacional em lavadeiras, limpadoras e engomadeiras.

Em 1985, surgiram publicações e debates sobre a associação entre tenossinovite e o trabalho de digitação. Em 1987, o Ministério da Previdência e Assistência Social publicou a Portaria n. 4.062 que reconheceu a tenossinovite como doença do trabalho, com maior prevalência em digitadores (BRASIL, 1987).

Pesquisas realizadas na literatura sobre LER/DORT mostram que essas síndromes têm maior prevalência entre todas as doenças relacionadas ao trabalho no Brasil, acometendo diferentes ocupações com atividade de risco abrangendo trabalhadores do setor industrial e de serviços.

Embora sua existência, já seja conhecida há muito tempo, os casos de LER/DORT têm avançado em quadros epidêmicos com ascendência nos dias atuais. Esse aumento de incidência, em nível de epidemia entre os trabalhadores vem ocorrendo dentro de um contexto socioeconômico com características específicas.

A partir de 1986, no Brasil, a LER passou a receber mais atenção frente ao crescimento das estatísticas relativas à ocorrência de doenças profissionais. Essa realidade foi marcada por uma absorção rápida das inovações tecnológicas, contribuindo para a fragmentação e divisão das tarefas, a qual foram expostas centenas de trabalhadores nos diversos ramos da produção a esforços repetitivos, somando-se a sobrecarga de trabalhos, quer pelas jornadas prolongadas ou pela exigência de produtividade (SANTOS; BUENO, 2002).

As pessoas acometidas naquela época, encontraram um sistema de saúde despreparado, situação esta que não difere muito da atualidade, no tocante à

atenção à saúde dos trabalhadores. Ao lado do despreparo institucional houve também a falta de preparo para o atendimento ao trabalhador (MENDES, 1995).

Em 1987, a Previdência Social reconheceu a LER/DORT, passando a serem conhecidas oficialmente como a doença do digitador (tenossivite do digitador), concebida como doença ocupacional, não estando incluídas nessa condição outras categorias profissionais (AMERICANO, 2006).

Com esse avanço, ao lado de movimentos sociais dos trabalhadores, foi verificada a necessidade de uma legislação atualizada, surgindo, então, a Portaria n. 3.751, de 23 de novembro de 1990, que alterou a anterior Norma Regulamentadora n. 17, sendo acrescentado itens visando promover a melhoria do ambiente de trabalho terminais de vídeo, dentre outros (BRASIL, 1990).

Para explicar o quanto as medidas socioeconômicas interferem nas transformações e no perfil de doenças de um país, Maeno et al. (2001), enfatiza que o Brasil evoluiu de um perfil de população jovem, porém já está passando para uma população idosa, elevando, assim, o aumento das doenças crônica-degenerativas.

Nesse momento de transição demográfica e epidemiológica, houve ascensão da tecnologia assistencial (a máquina dura e pesada de escrever foi substituída pela máquina elétrica com toques rápidos e esta, pelos computadores, *notebooks...*). Os hábitos e estilos de vida mudaram e, como consequência, o perfil das doenças também modificaram-se (SANTOS; BUENO, 2002).

Americano (2006), relata que se vivia em um período de mudanças, que exigiam dos trabalhadores adaptação às novas tecnologias e atualização constante para o enfrentamento de um mercado cada vez mais restrito e competitivo.

Maeno et al. (2001), salienta que o modelo de produção atual, configura-se pela busca de aumento da produtividade, cuja meta das empresas é a redução de custos como meio de aumentar seu poder de competitividade como exigência de uma economia aberta e globalizada.

O mundo do trabalho passou a se caracterizar pela diminuição crescente dos empregos formais e o crescimento do mercado informal do trabalho, bem como do trabalho temporário, situação esta que causa insegurança no trabalhador mediante sua capacidade e recursos para oferecer condições mínimas de subsistência a sua família.

Segundo o INSS, atualmente, as LER/DORT respondem pela segunda causa de afastamento de trabalho no País. São elas conhecidas como doença do sofrimento, incapacidade e afastamento por longo período do trabalho em ambos os sexos (AMERICANO, 2006).

#### 4.1 Conceitos e terminologias

Existem vários conceitos sobre LER e DORT. A seguir serão destacados alguns deles.

Lesões por esforços repetitivos (LER) é o nome dado por especialistas a sintomas dolorosos que acometem tendões, músculos, nervos, ligamentos e outras estruturas responsáveis pelos movimentos de membros superiores e inferiores (OLIVEIRA, 2002).

Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), constituem-se doenças ocupacionais que estão relacionadas a lesões por traumas cumulativos. É o resultado de uma descompensação entre capacidade de movimentação da musculatura e a execução de esforços rápidos e constantes (OLIVEIRA, 2002).

A denominação das LER/DORT não se apresenta de forma homogênea em todos os países, ocorrendo também no Brasil. Na Austrália, em 1970, essa patologia foi designada de *Repetitive Strain Injuries* (RSI), no Japão, em 1974, fora denominada de *Occupation Cervicobrachial Disorder* (OCD) ou *Cumulative Trauma Disorders* (CTD), nos Estados Unidos (FERREIRA JÚNIOR, 2000).

A primeira denominação usada no Brasil, foi tenossinovite ocupacional, seguindo-se de lesões por esforços repetitivos (LER), tradução de *Repetitive Strain Injuries* (RSI). Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT), foi empregado mais recente e significa “nome genérico dado a um conjunto de afecções heterogêneas, acometendo músculos, tendões, sinóvias, articulações, vasos e nervos, que podem aparecer em trabalhadores submetidos a certas condições de trabalho” (FERREIRA JÚNIOR, 2000, p.26).

De acordo com Gaigher Filho e Melo (2001), as conceituações de LER/DORT estão centradas em uma visão de mundo, de sociedade e de homem. Definições dessa síndrome existem muitas. O conceito básico caracteriza alterações

e sintomas de diferentes níveis de intensidade nas estruturas osteomusculares (tendões, sinovias, articulações, nervos, músculos), com alteração do sistema modulador da dor, cujo quadro clínico resulta do excesso de uso do sistema osteomuscular no trabalho (AMERICANO, 2006).

Na concepção de Oliveira (1991, p.60), esses distúrbios são caracterizados por “desordens neuro-músculo-tendinosa de origens ocupacionais que atingem os membros superiores e pescoço, causada pelo uso repetido e forçado de grupos musculares ou movimentação de forçada postura”.

Codo e Almeida (1995), ao definirem LER/DORT, apresentam os seguintes enfoques:

1. Um grande número de lesões do sistema osteo-músculo-ligamentar dos membros superiores, ou seja, processos inflamatórios que afetam um ou mais tendões e suas bainhas, com sinais clínicos de dor, tumor, crepitação e redução da função;
2. Lesões musculares, e/ou de tendões e/ou de fásCIAS e/ou de nervos nos membros superiores ocasionadas pela utilização biomecanicamente incorreta dos membros, que resulta em dor, formigamento, queda de performance do trabalho, incapacidade temporária e, conforme o caso, podem evoluir para uma síndrome dolorosa crônica, nesta fase agravada por fatores psíquicos (no trabalho ou fora dele), capazes de reduzir o limiar de sensibilidade dolorosa do indivíduo;
3. Afecções que podem acometer tendões, sinovias, músculos, nervos, dásCIAS, ligamentos, isolada ou associadamente, com ou sem degeneração de tecidos, atingindo principalmente, porém não somente, os membros superiores, região escapular e pescoço, de origem ocupacional, decorrente, de forma combinada ou não, de: uso repetitivo de grupos musculares; uso forçado de grupos musculares; manutenção de postura inadequada;
4. É o rótulo dado a uma variedade de dolorosas e debilitantes condições que se acredita serem causadas pelos movimentos repetitivos das mãos e dos braços. É uma debilitação (doença) real que envolve dores

de moderadas a severas, no trabalho. Envolve tecidos suaves e não pode ser medida diretamente, na grande maioria dos casos pode ser medido usando indiretos mas objetivos indicadores físicos como por exemplo, a eletromiografia.

Segundo Tatagiba e Filartiga (2001), a LER não se constitui uma doença em si. Diz respeito à classificação de um conjunto de males ocasionados pela atividade que a pessoa executa durante o trabalho. Tais problemas afetam o chamado sistema muscular esquelético, que envolve os membros superiores, os inferiores, a coluna cervical e a lombar.

Conforme esse mesmo autor, LER representa um conjunto de síndromes (quadros clínicos, patologias, doenças) que atacam os nervos, músculos e tendões, simultaneamente ou em separado. Essas lesões são sempre degenerativas e cumulativas e sempre vêm precedidas de alguma dor ou incômodo. A DORT é exatamente igual a LER, porém tem como origem do problema: o trabalho.

## **4.2 Etiologia**

As LER/DORT não devem ser entendidas como uma consequência natural do processo de trabalho, mas sim uma anomalia ocasionada por diversos fatores, especialmente pela política dos grandes grupos econômicos que visam sempre, a redução de custos do trabalho para conseguir maiores lucros. Essa atitude é consequência da globalização, que imprime competição acirrada entre as empresas (FECESC, 2005).

Segundo Rio et al. (1998), algumas hipóteses causais têm sido colocadas como explicações aceitáveis para essa síndrome, dentre as quais destacam as hipóteses biológicas e psicossociais.

As hipóteses que defendem a gênese dos distúrbios musculoesqueléticos como biológica, isto é, de origem orgânica, dividem-se em duas vertentes. De um lado, uma que aceita a relação com a existência de alterações orgânicas incluindo desde a fadiga musculoesquelética, resultantes das atividades laborativas, mesmo

que não sejam visíveis ao exame clínico. E, uma outra que concebe esses quadros clínicos apenas como decorrentes da fadiga muscular (RIO et al., 1998).

Para essas hipóteses os quadros dolorosos crônicos são reais e implicam em alterações orgânicas não limitadas à fadiga muscular, tanto em quadros clínicos específicos, como em não-específicos. Esses quadros resultam de esforços repetidos que produzem microtraumas cumulativos (RIO et al., 1998).

Tal concepção se fundamenta no uso excessivo ou inadequado de segmentos corporais. Alguns estudiosos estabelecem semelhanças entre o estresse crônico e os metais, que define o dano dos mesmos ao longo do tempo (RIO et al., 1998). Fundamenta-se em dois tipos de dor: nociceptiva e neurogênica. A primeira relaciona-se à existência de estímulos nocivos (mecânicos, térmicos e químicos) com ação sobre os receptores nervosos para a dor, chamados nociceptores. A segunda, além da lesão direta de nervos está relacionada às alterações na modulação da dor centrada na parte posterior da medula espinal (CPME) e, relaciona-se também, com alterações na condução da dor ocorrendo através de disfunções na condutibilidade elétrica da membrana dos neurônios.

A explicação biológica envolve ainda, a fadiga muscular, que propicia o aparecimento de quadros dolorosos sem lesionar as estruturas musculoesqueléticas, ou até mesmo sem a ocorrência de alterações fisiológicas mais relevantes. Essa situação decorre da sobrecarga sobre os segmentos corporais, mas pode ser reversível mesmo sem intervenção terapêutica relevante, sendo necessário que as pessoas acometidas disponham de condições físicas adequadas ao trabalho e na vida particular (RIO et al., 1998).

De acordo com as hipóteses psicossociais a “dor é uma qualidade sensorial complexa, frequentemente não relacionada ao grau de lesão tecidual [...] A dor evoca emoções, fantasias, muitas vezes incapacitantes, que traduzem o sofrimento” (RIO et al., 1998, p.76).

Por motivos psíquicos, ocorre a alteração da percepção da dor, demonstrada por meio de técnicas hipnóticas, bem como através de outras técnicas voltadas para o condicionamento humano e animal. Para o manejo adequado do estresse psíquico e tratamento da dor, cada vez mais, têm sido empregados métodos de relaxamento profundo (*biofeedback*, treinamento autógeno) (RIO et al., 1998).

As explicações psicossociais têm por objetivo avaliar fontes de manifestações clínicas dolorosas do pescoço e dos membros superiores que possam estar associadas ao estresse psicossocial, além das causas biomecânicas. Nesse contexto, estão inclusos o transtorno conversivo, psicossomático, iatrogenia social, neurose coletiva e ocupacional, permissividade dos sistemas de compensação de doenças, simulação e fibromialgia (RIO et al., 1998).

Como se observa na literatura, várias causas ocupacionais levam às LER/DORT, dentre as quais estão as atividades profissionais que, para sua realização exigem repetitividade de movimentos associada a esforço físico, assim como aquelas que formam a base multifatorial das DORT que envolvem as questões relacionadas com o nível de satisfação com o ambiente de trabalho, ao lado de fatores emocionais, tensão, estresse psicológico, estilo de vida e fatores ergonômicos desfavoráveis, que, conforme Americano (2006), abrangem:

- Ambiente de trabalho barulhento;
- Ambiente de trabalho pouco iluminado;
- Ritmo cansativo;
- Mobiliários inadequados;
- Posturas forçadas;
- Compreensões mecânicas, e outras.

### **4.3 Diagnóstico, sinais e sintomas**

O diagnóstico da lesão ou doença decorrente das LER deve ser feito de forma individualizada. Em geral, é eminentemente clínico-ocupacional fundado na anamnese ocupacional e clínica, em exames físicos minuciosos e na análise das condições de trabalho. Os sinais e sintomas identificados devem ser correlacionados aos dados ergonômicos e epidemiológicos ocupacionais.

Os sintomas e as doenças psicossomáticas são decorrentes das insatisfações ou inadequações do indivíduo em relação às suas condições de vida. Não são decorrência específica de situações de inadaptação ao trabalho, mas como este ocupa lugar muito importante na realização pessoal do indivíduo, com certeza o trabalho está na gênese destas doenças, como fator único ou associado a outros condicionantes sociais (URURAHY; CRISTINA, 1998, p.22).

Através da anamnese ocupacional é feita a coleta de informações relacionadas ao posto de trabalho incluindo-se o mobiliário e equipamentos, condições ambientais e a organização do trabalho, complementando-se com uma observação detalhada da atividade do trabalhador pelo médico do trabalho da área.

Para a caracterização da doença, um dos sintomas mais freqüentes e principal é a dor que, em geral, é insidiosa, sem data precisa para se instalar e quase sempre se desencadeia ou se agrava com o movimento. A localização desse sintoma varia de acordo com a estrutura comprometida, por vezes, pouco definida indicando distúrbio neurológico central. “Na maioria dos casos há dificuldade em definir o tipo e a localização da dor, que costuma iniciar gradualmente por uma região anatômica (punho, cotovelo e ombro), mas acaba atingindo todo o membro superior” (MIRANDA, 1998, p.72).

A tendência é que a duração da dor seja mais breve no início, fazendo-se presente no final do expediente e aliviando com o repouso noturno. Com o tempo, passa a ser mais duradoura, tornando-se contínua nos casos graves. O sintoma da dor influencia as atividades de vida diária, o lazer, o sono e o apetite. O paciente passa a queixar-se de ansiedade, depressão e hipocondria. As incertezas quanto ao futuro, o medo da incapacidade, a mutilação, a perda da dignidade e agravamento da situação se constituem causas e fatores que contribuem para complicar o quadro clínico do paciente. Outros fatores como dor persistente, incapacidade física, desesperança, a preocupação com a cura da doença, a perda de *status* no ambiente social, profissional e familiar e econômico, dentre outros propiciam o surgimento da depressão (MIRANDA, 1998).

Quanto ao exame físico, Maeno et al. (2001, p.38), coloca:

O exame físico comparativo dos membros superiores deve levar em conta as diferenças por dominância. Deve ser mais apurado e com parâmetros objetivos para dar suporte ao diagnóstico, como por exemplo: pesquisa de sensibilidade, goniometria e pesquisa de força muscular (se possível, por dinamômetro). Pode evidenciar entumescimento de estruturas e hipertônias musculares; a hipertrofia muscular sem hipertonia geralmente não tem importância clínica. Podem-se palpar nodulações de tendões, diferenças de temperaturas e umidade por distrofia simpático-reflexa, etc.

Ferreira Júnior (2000), em relação às manifestações clínicas aponta dois quadros diferenciados: quadros não característicos ou múltiplos e quadros característicos ou formas específicas.

Os primeiros envolvem uma série de manifestações clínicas que incluem principalmente, sintomas e sinais que apontam para o acometimento osteomuscular simples ou múltiplo, que não possibilitam um diagnóstico com precisão. Nesses casos, a queixa mais freqüente é a dor persistente ou recidivante decorrente do movimento ou até mesmo quando em repouso, podendo ou não ser precedida de sintomas mal definidos como cansaço ou fadiga e desconforto do membro ou região anatômica afetada.

Os quadros característicos ou formas específicas abrangem as manifestações observadas pelo médico, por meio de uma cuidadosa avaliação clínica e de um criterioso exame físico que permitem um diagnóstico anatômico com determinado nível de precisão.

O Quadro 1 a seguir, demonstra essas formas de manifestações clínicas relacionadas às LER/DORT.

<i>Afecções características</i>		<i>Sinais e sintomas não caracterizados</i>
<b>Musculares</b>	<b>Nervosas</b>	Cervicalgia
Entrose	Síndrome do túnel do carpo	Dores articulares
Mialgia/miosite	Síndrome do canal cubital	Lombocialgia
	Síndrome do canal de Guyon	Dores musculares não características
<b>Tendíneas e sinoviais</b>	Síndrome do canal radial	Espasmos musculares
	Síndrome do desfiladeiro torácico	Edema
Bursite	Neurite digital	Formigamento
Doença de De Quervain		Outros
Epicondilite	<b>Articulares</b>	
Periartrite do ombro	"Game-keeper's thumb"	
Cisto sinovial	osteoartrose	
Síndrome da cabeça dos rotadores	<b>Vasculares</b>	
Sinovite	Síndrome hipotenar do martelo	
Tendinite	Síndrome de Raynaud	
Tenossinovite		
Dedo em gatilho		

Fonte: Ferreira Júnior (2000, p.301)

Quadro 1 – Formas de manifestação clínica possivelmente relacionadas com as LER/DORT

#### 4.4 Classificação

Oliveira (2002) classifica as LER/DORT enfatizando o quadro clínico, funcional e prognóstico, nos seguintes graus:

Grau I – O portador da doença pode se queixar de sensação de peso, dormência e desconforto em áreas específicas. Pontadas ocasionais durante as atividades mais intensas (no trabalho ou fora dele) podem ocorrer. Dor espontânea localizada nos membros superiores ou cintura escapular. As sensações passam após descanso de horas ou poucos dias. Não há irradiação nítida de dor e a melhora ocorre com o repouso. É em geral leve e fugaz, estando geralmente ausentes alguns sinais clínicos característicos das afecções. O prognóstico é bom.

Grau II – Existe dor com alguma persistência e intensidade durante a jornada de trabalho. A localização da dor é mais precisa. É mais intensa durante picos de atividade. Pode haver perda de sensibilidade, sensação de formigamento, inchaço e calor ou frio na área afetada. Mesmo com descanso a dor pode permanecer ou reaparecer subitamente sem que qualquer atividade tenha sido realizada. Momentos de estresse psicológico ou emocional podem provocar dor ou sensibilidade nos locais afetados. Pode haver uma irradiação definida, sendo a recuperação, em geral, mais demorada. Ocasionalmente pode aparecer quadro doloroso fora do ambiente de trabalho, durante atividades domésticas e/ou sociais. O prognóstico é favorável.

Grau III – Perda de força eventual ou freqüente. Dor persistente mesmo com repouso prolongado. Crises de dor aguda podem surgir mesmo durante repouso. Perda de sensibilidade freqüente e eventual perda de capacidade de realizar alguns movimentos sem muita dor. Irritabilidade gera ainda mais dor. O repouso, em geral, só atenua a intensidade da dor. São freqüentes perdas de força muscular e parestesias. Há sensível queda de produtividade, quando não, impossibilidade de exercer as funções laborais. Os sinais clínicos estão presentes, com edema freqüente e hipertonia muscular constante.

Grau IV – Dor aguda e constante, às vezes insuportável. A dor migra para outras partes do corpo. Perda de força e do controle de alguns movimentos. Perda grande ou total da capacidade de trabalhar e efetuar atividades domésticas. Os

movimentos acentuam consideravelmente a dor, que, em geral, se irradia por todo o membro afetado. A perda de força muscular e a perda dos movimentos se fazem presentes. As atrofias, principalmente dos dedos, são comuns. A capacidade laboral é anulada e a invalidez se caracteriza. Neste estágio são comuns alterações psicológicas, com quadros de depressão, ansiedade e angústia.

#### **4.5 A manifestação do LER/DORT no segmento bancário**

Como já foi mencionado, LER significa Lesões por Esforços Repetitivos que são denominadas também de Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (DORT).

A sigla foi criada visando identificar um conjunto de doença que atingem músculos, tendões e membros superiores (dedos, mãos, punhos, antebraço, braços e pescoço) e tem relação direta com as condições de trabalho. As inflamações decorrem das atividades no ambiente de trabalho que exigem do trabalhador movimentos manuais repetitivos, continuados, rápidos e/ou vigorosos, durante um longo período de tempo.

Na organização do trabalho bancário, os principais fatores de risco potencialmente causadores das LER/DORT, destacada por Bellusci (2005), podem ser:

- TENOSSINOVITE: inflamação do tecido que reveste os tendões;
- TENDINITE: inflamação dos tendões;
- EPICONDILITE: inflamação das estruturas do cotovelo;
- BURSITE: inflamação das bursas (pequenas bolsas que se situam entre os ossos e tendões das articulações do ombro);
- MIOSITES: inflamação dos músculos;
- SÍNDROME CERVICOBRAQUIAL: compressão dos nervos da coluna cervical;
- SÍNDROME DO TÚNEL DO CARPO: compressão do nervo mediano na altura do punho;

- SÍNDROME DO DESFILADEIRO TORECICO: compressão do plexo (nervos e vasos);
- SÍNDROME DO OMBRO DOLOROSO: compressão de nervos e vasos em região do ombro.

O surgimento das LER/DORT está diretamente relacionada com a forma da organização do trabalho. Portanto, a prevenção da doença exige que se modifique a organização do trabalho nos bancos, mas para tanto, necessário se faz conhecer todo o processo para modificá-lo. Segundo o Sindicato dos Bancários do Espírito Santo (apud BELLUSCI, 2005), o trabalho saudável requer os seguintes:

- Controle do ritmo de trabalho pelo próprio bancário;
- Enriquecimento das tarefas, não permitindo um trabalho fragmentado;
- Eliminação das horas extras;
- Aumento do número de pausas durante a jornada de trabalho;
- Adequação ergonômica dos mobiliários e equipamentos do posto de trabalho;
- Ambiente de trabalho com temperatura, ruído e iluminação adequados ao bem estar dos trabalhadores;
- Desenvolvimento de atividade de trabalho que recuperem a potencialidade intelectual do bancário e garantem espaço de criatividade (BELLUSCI, 2005).

Para proteção à saúde, primeiramente deve ser cumprida a legislação de proteção à saúde. O Ministério do Trabalho instituiu várias Normas Regulamentadoras (NRs), voltadas para proteção dos ambientes de trabalho.

No caso da falta de cumprimento dessas normas, a Delegacia Regional do Trabalho (DRT), deve ser comunicada a fim de interferir sobre o ambiente de trabalho. Dentre as principais NRs que regulamentam o trabalho bancário destacam-se:

- NR 5 - A CIPA (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes) tem como objetivo a prevenção de acidentes e doenças decorrentes do

trabalho, de modo a tornar compatível permanentemente o trabalho com a preservação da vida e a promoção da saúde do trabalhador.

- NR 7 - Estabelece a obrigatoriedade de elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores, do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional - PCMSO, com o objetivo de promoção e preservação da saúde do conjunto dos seus trabalhadores.
- NR 9 - Estabelece a obrigatoriedade da elaboração e implementação, por parte de todos os empregadores, do Programa de Prevenção de Riscos Ambientais - PPRA, visando à preservação da saúde e da integridade dos trabalhadores, através da avaliação e controle dos riscos ambientais existentes no ambiente de trabalho.
- NR 17 - Visa estabelecer parâmetros que permitam a adaptação das condições de trabalho às características psicofisiológicas dos trabalhadores, de modo a proporcionar um máximo de conforto, segurança e desempenho eficiente. Vale ressaltar os itens:
  - 17.4.1. Todos os equipamentos que compõem um posto de trabalho devem estar adequados às características psicofisiológicas dos trabalhadores e à natureza do trabalho a ser executado.
  - 17.6.4 d) nas atividades de entrada de dados deve haver, no mínimo, uma pausa de 10 (dez) minutos para cada 50 (cinquenta) minutos trabalhados, não deduzidos da jornada normal de trabalho (BRASIL, 2001b).

Instrução Normativa 98 estabelece a atualização clínica das LER/DORT e a Norma Técnica de Avaliação da Incapacidade Laborativa. Esta IN estabelece que a CAT deve ser emitida em suspeita de doença ocupacional e que o programa de prevenção das LER/DORT deve analisar o modo como as tarefas são realizadas, especialmente as que envolvem movimentos repetitivos, movimentos bruscos, uso de força, posições forçadas e por tempo prolongado. Na IN 98 os aspectos organizacionais do trabalho e psicossociais devem ser focalizados: "a prevenção a LER/DORT não depende de medidas isoladas, de correções de mobiliários e equipamentos".

Para o tratamento da doença, o mais importante e obrigatório para o acometido da LER/DORT é o seu afastamento dos fatores de risco: esforços repetitivos, pressões, excesso no ritmo e na jornada de trabalho. Dentre os recursos terapêuticos utilizados no tratamento das LER/DORT, destacam-se o uso e medicamentos (antiinflamatórios e analgésicos), fisioterapia, acupuntura e exercícios de relaxamento.

Dor, formigamento, inchaço, dormência, cansaço, vermelhidão e transpiração nos membros superiores (dedos, mãos, punhos, antebraço e ombro) constituem os principais sintomas da LER/DORT. Ao surgir os primeiros sintomas, o bancário deve buscar atendimento médico (ortopedista, médico do trabalho). Em caso de suspeita e/ou comprovação de LER/DORT, o médico deve fornecer um laudo detalhado com uma especificação da natureza ocupacional da doença, sua relação com o trabalho, ou seja, a relação causa-efeito (nexo causal). O afastamento do trabalho deve ser feito com atestado fornecido pelo médico que também solicitará a emissão da Comunicação de Acidente do Trabalho (CAT) à instituição bancária.

A CAT é o documento que informa ao INSS que o funcionário adquiriu doença profissional ou foi vítima de acidente de trabalho. Deve ser solicitada pelo serviço médico sempre que houver suspeita de incidência de LER/DORT. Com ela, o trabalhador assegura o direito de:

- Afastar-se do emprego para tratamento médico;
- Receber benefícios como auxílio-doença-acidentário;
- Ser readaptado para exercer outras funções, caso a doença tenha provocado a incapacitação de realizar as tarefas que executava;
- 12 meses de estabilidade após a alta médica (SEEBMA, 2007).

## 5 METODOLOGIA

### 5.1 Concepções teórico-metodológicas

#### 5.1.1 A metodologia qualitativa

Esta pesquisa surgiu do intuito de indagar as representações sociais dos bancários portadores de LER/ DORT em São Luís (MA), relacionadas ao seu processo de adoecimento, as conseqüências vivenciadas e as formas de enfrentamento diante dessa nova realidade. Para construir o caminho metodológico, deste estudo, foi preciso estabelecer que tipo de abordagem seria possível utilizar mediante a complexidade decorrente do seu objetivo.

Estudar as representações sociais implicou em refletir sobre os aspectos tanto objetivos quanto subjetivos que seriam identificados nos resultados, ou seja, conceitos impregnados de subjetividade, que estariam em determinados momentos, expostos à mudança e dependentes de múltiplos fatores, que exigiriam uma metodologia adequada.

Para Liebscher (1998), existe um método de pesquisa que é bastante apropriado para estudar fenômenos complexos e de natureza social, que normalmente, é usado quando o entendimento do contexto social e cultural é um elemento importante para a pesquisa. Este método, denominado qualitativo, requer que o pesquisador aprenda a observar, registrar e analisar interações reais entre pessoas, e entre estas e sistemas.

Nessa perspectiva, optou-se pela pesquisa qualitativa, pois de acordo com Minayo (2001, p.21-22):

A pesquisa qualitativa responde à questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha, com um universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

A abordagem dos métodos qualitativos tende a considerar que fenômenos são configurados pela subjetividade humana em seus aspectos culturais e afetivos, particulares e coletivos. Ao lado disso, entende-se que o pesquisador não mantém a neutralidade durante o processo de investigação, valorizando a objetivação e não a objetividade dos dados. A criatividade do investigador no direcionamento da pesquisa também é por ele valorizada, fato este que os define como métodos não lineares e com maior flexibilidade (PATRÍCIO; CASAGRANDE; ARAÚJO, 1999).

Sobre a pesquisa qualitativa Triviños (1995), e Bogdan e Biken (1982) apontam algumas características que parecem bastante relacionadas às características do presente trabalho, sendo:

- A pesquisa qualitativa tem o ambiente natural como fonte direta de dados e o pesquisador como seu principal instrumento;
- A pesquisa qualitativa é descritiva;
- A análise dos dados tende a seguir um processo indutivo;
- A preocupação com o processo é muito maior do que com o produto;
- O significado é a preocupação essencial.

A partir dessas características, procurou-se delinear a postura para realização deste estudo, levando em consideração também que a pesquisa qualitativa tem sido empregada freqüentemente nas ciências da saúde (UCHÔA; VIDAL, 1994) e, ainda, para Minayo e Sanches (1993), a abordagem qualitativa, uma aplicação das ciências sociais, trabalha com um universo de significados, motivos e valores, que não podem ser respondidos apenas com estudos quantitativos.

Os estudos de pesquisa quantitativa apresentam aspectos que os diferenciam quanto ao método, à forma e aos objetivos. Essa diversidade entre os trabalhos qualitativos é ressaltada por Godoy (1995).

A expressão “pesquisa qualitativa” adquire diferentes significados na área das ciências sociais. Maanen (1979 apud NEVES, 1996) destaca dentre esses significados “um conjunto de diferentes técnicas interpretativas que visam a descrever e a decodificar os componentes de um sistema complexo de significados”. Tem por objetivo traduzir e expressar o sentido dos fenômenos do mundo social;

trata-se de reduzir a distância entre indicador e indicado, entre teoria e dados, entre contexto e ação.

A maioria dos estudos qualitativos realizam-se no local de origem dos dados, não impedindo o pesquisador de utilizar a lógica do empirismo científico, que é coerente para o fenômeno menos explicitamente definidos, porém predomina a suposição da preferência pela análise fenomenológica ao se tratar de fenômenos individualizados e com certa obscuridade.

A realização de um estudo de pesquisa qualitativa supõe um corte temporal-espacial de certo fenômeno por parte do pesquisador (NEVES, 1996). O corte é importante porque define o campo e a dimensão em que o trabalho será mapeado. O trabalho de descrição é fundamental para um estudo qualitativo, visto que é por meio dele que os dados são coletados (MANNING, 1979 apud NEVES, 1996).

Godoy (1995, p.21) indica, no mínimo, três diferentes possibilidades advindas da abordagem qualitativa, sendo: a pesquisa documental, o estudo de caso e a etnografia.

A pesquisa documental constitui-se no exame de materiais que não receberam um tratamento analítico ou podem ser reexaminados com vistas a uma interpretação nova ou complementar. O objeto do estudo caso diz respeito à análise profunda de uma unidade de estudo. O método etnográfico envolve um conjunto particular de procedimentos metodológicos e interpretativos.

A pesquisa qualitativa parte do pressuposto de que os sujeitos têm representações, embora às vezes incompletas, relativamente coerentes em relação ao universo vivido e experimentado de seu cotidiano (QUEIROZ; PUNTEL, 1997). Luz (1998) explica que o termo Representações é polissêmico, em função do uso que dele fazem com distintos objetivos, várias áreas das ciências humanas, como a antropologia, a sociologia, a política, a filosofia, a comunicação social e a psicologia. Ressalta ainda, que a partir dos anos oitenta, século XX, adquiriu uma importância progressiva para áreas como a psicologia social e a saúde pública. Claro (1995, p.19) confirma essa importância para o campo da saúde e doença ao colocar:

A relevância de se conhecer ou ao menos aproximar-se do universo das concepções e das representações populares sobre as doenças é reconhecida não somente por pesquisadores da área das ciências sociais e comportamentais, mas também e cada vez mais, por estudiosos ligados à saúde pública e às ciências médicas.

Assim, por entender o objeto da pesquisa como um objeto social, e portanto, susceptível de ser estudado a partir da visão das ciências sociais e das representações dos bancários a fim de buscar um entendimento do fenômeno dentro de uma abordagem mais aberta, dando condições aos envolvidos na investigação de expressar suas idéias, vivências, atitudes e comportamentos, decidiu-se pela análise qualitativa do objeto em estudo.

De acordo com Triviños (1995) duas dificuldades dificultam a definição da pesquisa qualitativa. Uma delas refere-se à abrangência do conceito, à especificidade de sua ação e aos limites desse campo de investigação. A segunda dificuldade decorre da necessidade de uma idéia precisa de pesquisa qualitativa, a qual emerge das bases teóricas que lhe dão sustentáculo.

A pesquisa qualitativa enfatiza a importância do ambiente na configuração da personalidade, problemas e situações de existência do sujeito. Ela considera os ambientes formados por elementos culturais e, um outro que envolve uma realidade mais ampla e complexa na qual distinguem-se uma base, ou infra-estrutura e uma superestrutura. Ambas as realidades relacionam-se, influenciam-se e se transformam (TRIVIÑOS, 1995).

### 5.1.2 Considerações sobre a teoria das representações sociais

A teoria das representações sociais foi formulada por Serge Moscovici no final dos anos 1950, sendo difundida a partir da publicação, em 1961, de seu estudo *LaPsychanalyse: Son image et son public*, que marcou o estabelecimento de uma percepção inovadora a respeito da integração entre os fenômenos perceptivos individuais e sociais. Além disso, visou resgatar o conhecimento do senso comum, enquanto sistema de pensamento e conhecimento racional (MOSCOVICI; MARKOVÁ, 1998).

As representações sociais constituem modalidades de pensamento prático orientadas para a comunicação, a compreensão e o domínio do contexto social, material e de idéias. Assim, apresentam características específicas de organização de conteúdos, de operações mentais e lógicas (JODELET, 1989, p.472).

Madeira (2001) caracteriza as representações sociais como fenômenos complexos, que dizem respeito ao processo pelo qual o sentido de um determinado objeto é estruturado pelo sujeito, no contexto de suas relações socioculturais.

A diversidade e a contradição conduzem ao estudo das representações sociais não como conteúdos, mas como processo sendo este entendido como uma práxis e não simplesmente como um processamento de informações e elaboração de teorias, ou seja, que toma como ponto de partida a funcionalidade das representações sociais na criação e manutenção de uma certa ordem social.

Nas várias abordagens sobre as representações enquanto formas de conhecimento prático, podem ser observadas diferentes funções, tais como: orientação das condutas e das comunicações (função social); proteção e legitimação de identidades sociais (função afetiva) e familiarização com a novidade (função cognitiva) (JODELET, 1989).

As diversas dimensões do campo de estudo das representações sociais, a interdisciplinaridade como característica inerente, as contradições e paradoxos que se colocam frente ao pesquisador e as inúmeras dualidades (campo estruturado/núcleo estruturante; conteúdo/processo; contexto histórico/ “aqui-e- agora”), a exemplo das unidades subatômicas foco da Física Quântica, possuem natureza de dualidade, pois, apresentam-se ora como partículas, ora como ondas.

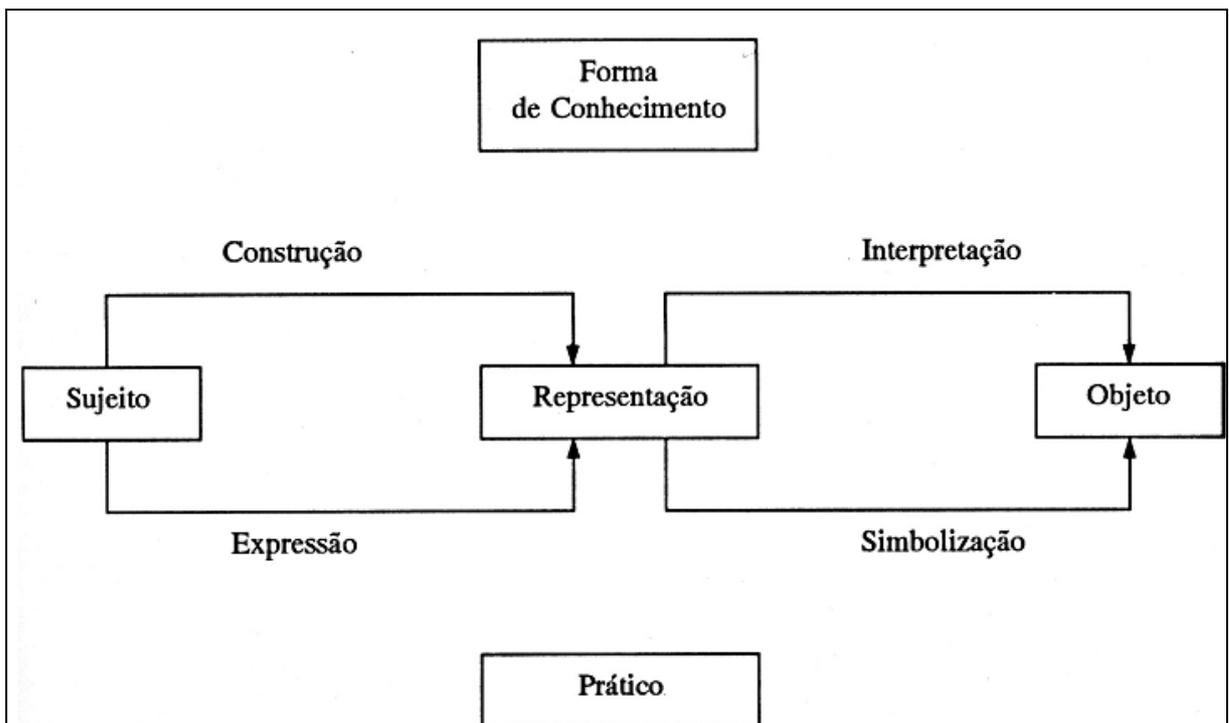
Como conseqüência, tais dimensões, situam as representações sociais no centro do debate atual sobre a ciência, não apenas pelo questionamento que impulsionam acerca da natureza do conhecimento e da relação indivíduo-sociedade, mas especialmente por introduzi-la no paradigma da complexidade (MORIM, 1983).

Segundo Morim (1984, p.46) não se deseja uma síntese, pois, busca-se a aceitação e trabalhar com a polifasia. Nesse sentido, esse mesmo autor salienta:

o que me interessa não é uma síntese, mas um pensamento transdisciplinar, um pensamento que não se quebre nas fronteiras entre as disciplinas. O que me interessa é o fenômeno multidimensional, e não a disciplina que recorta uma dimensão nesse fenômeno. Tudo o que é humano é ao mesmo tempo psíquico, sociológico, econômico, histórico, demográfico. É importante que estes aspectos não sejam separados, mas sim que concorram para uma visão poliocular. **O que me estimula é a preocupação de ocultar o menos possível a complexidade do real** (grifo do autor).

A teoria das representações sociais tornou-se um campo fértil de pesquisa empírica e passou a ser um ponto de partida para diferentes enfoques teóricos e metodológicos.

A Figura 1, uma simplificação de um esquema apresentado por Jodelet (1989), permite visualizar os dois eixos principais desse campo de estudos: no primeiro eixo, as representações constituem formas de conhecimento prático orientadas para a compreensão do mundo e para a comunicação; no segundo eixo, elas emergem como elaborações (construções de caráter expressivo) de sujeitos sociais a respeito de objetos socialmente valorizados. As duas dimensões descortinam pressupostos de natureza epistemológica sobre a natureza do conhecimento.



Fonte: Adaptado de Jodelet (1989)

Figura 1 – O Campo de Estudos da Representação Social

Para Cardoso e Gomes (2000, p.2), as representações, sem sequer carregarem o adjetivo “sociais”, são revestidas apenas da definição mais comum encontrada nos dicionários, isto é, de sua qualificação filosófica conhecida, que as define como: “conteúdo concreto apreendido pelos sentidos, pela imaginação, pela memória ou pelo pensamento” (FERREIRA, 1988, p.1220). Sem dúvida, esse

conteúdo básico está na *episteme* das representações sociais, tendo em vista a correlação que faz com a capacidade possuída por qualquer homem de produzir conhecimento.

Sob a óptica das ciências sociais, todavia, a produção desse conhecimento só se concretiza como saber a partir da experiência prática da ação humana. Por isso, as representações sociais podem ser conceituadas como categorias de pensamento, ação e sentimento que expressam dada realidade, na medida em que a explicam, justificam ou questionam (MINAYO, 2004).

A representação que um grupo social tem sobre o sofrimento no trabalho pode trazer valiosos elementos para a identificação de aspectos do trabalho relacionados ao adoecimento e agravos à saúde destes, mas também, para a compreensão de comportamentos e expectativas em relação ao contexto de trabalho vivenciado, não em lógica de casualidade, mas de compreensão de relações existentes. Isto, porque a representação social:

É um tipo de saber, socialmente negociado e contido no senso comum, que permite ao indivíduo uma visão de mundo e o orienta nas estratégias que desenvolve em seu meio social. Somente no interior de um determinado contexto social e cultural é que as representações adquirem sentido e significado (QUEIROZ; CARRASCO, 1995, p.479).

Como as representações sociais funcionam como um sistema de interpretação da realidade que rege as relações dos indivíduos com o seu meio físico e social, entende-se que essa área de conhecimento servirá de guia para identificar as percepções e conceitos elaborados sobre as LER/ DORT e o processo de adoecimentos, na visão dos bancários de São Luís (MA), vinculados ao sindicato da categoria.

Com base nesses elementos, configurou-se este estudo como uma pesquisa qualitativa, do tipo estudo descritivo, já que segundo Minayo (2004, p.128).

a descrição intenta captar não só a aparência do fenômeno, como também sua essência. Busca, porém, as causas da existência dele, procurando explicar sua origem, suas relações, suas mudanças e se esforça por intuir as conseqüências que terão para a vida humana.

A pesquisa qualitativa costuma ser direcionada, ao longo de seu desenvolvimento; além disso, não busca enumerar ou medir eventos e, geralmente,

não emprega instrumental estatístico para análise de dados; seu foco de interesse é amplo e parte de uma perspectiva diferenciada da adotada pelos métodos quantitativos (NEVES, 1996).

### 5.1.3 O instrumento de coleta de informações

Após a definição do tipo de abordagem a ser utilizada para este estudo, tornou-se imperativo a opção por um desenho metodológico a ser aplicado nesta investigação. Nesse sentido, Franco (1999, p.301), salienta:

A pesquisa qualitativa caracteriza-se por estudar a realidade humana a partir do significado dado pelos sujeitos participantes do estudo. É essencialmente descritiva; os dados são colhidos preferencialmente no contexto dos sujeitos: a preocupação está mais no processo da pesquisa do que no tipo de dados. Sendo assim, na pesquisa qualitativa, a possibilidade criativa do pesquisador é fundamental. Nesse tipo de pesquisa, utilizam-se, para a coleta de dados, especialmente, a entrevista semi-estruturada e a observação participante.

Para Minayo e Sanches (1993, p.57), a entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo. Através dela, o pesquisador busca obter informes contidos na fala dos atores sociais. Ela não significa uma conversa despretensiosa e neutra, uma vez que se insere como meio de coleta dos fatos relatados pelos atores, enquanto sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam uma determinada realidade que está sendo focalizada. Suas formas de realização podem ser de natureza individual e/ou coletiva.

A entrevista semi-estruturada foi a técnica utilizada para a coleta de dados. Ludke e André (1986), Gil (1995) e Triviños (1995) destacam ser a entrevista uma das técnicas mais ricas e flexíveis. Entre os diversos tipos de entrevistas, decidiu-se pela entrevista semi-estruturada, que “ao mesmo tempo que valoriza a presença do investigador, oferece todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias enriquecendo a investigação” (TRIVIÑOS, 1995, p.146).

A entrevista parte de certos questionamentos básicos apoiados em teorias e hipóteses de interesse à pesquisa (Apêndice A).

Ao adotar esta abordagem teórico-metodológica procurou-se evidenciar uma aproximação o quanto possível da realidade, buscando, contribuir para a construção de conhecimentos sobre a abordagem das LER/DORT através das representações dos bancários, para assim, avançar na perspectiva do campo da Saúde do Trabalhador.

## **5.2 Caminho percorrido para a construção do objeto**

Logo após o término das disciplinas do mestrado, finalizou-se o projeto sobre as representações sociais dos bancários de São Luís. Após análises, sugestões e críticas pelos professores da banca, iniciou-se a coleta de informações que comporiam e delimitariam melhor o objeto de investigação.

Tendo em vista que a presente pesquisa seria desenvolvida em São Luís, capital do Maranhão, alguns dados se fizeram necessários em relação à categoria de bancários que freqüentam o Sindicato dos Bancários do Estado do Maranhão.

Com base em dados fornecidos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE (2001), o município de São Luís apresenta uma população de 998.385 habitantes. Existem no Maranhão cerca de 225 agências bancárias que abrangem 3.608 funcionários, destas agências 58 localizam-se na capital São Luís. De acordo com o Sindicato dos Bancários de São Luís (SEEBMA, 2007), 1.923 bancários atuam nesta profissão na capital do Estado do Maranhão.

Delimita-se a população do estudo aos trabalhadores portadores de LER/DORT, vinculados ao Sindicato dos Bancários de São Luís, que freqüentam as reuniões realizadas pelo serviço médico do estabelecimento. Dentre os bancários portadores de LER associados, nove participaram da amostra, sendo estes de ambos os sexos, que assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido aderindo à pesquisa (Apêndice B).

### 5.3 Sujeitos do estudo e caracterização socioeconômica

Na abordagem qualitativa, a amostra concebida como ideal é aquela que expressa o conjunto de suas diversas dimensões e o número de entrevistas consideradas relevantes para a análise será definido de acordo com as “convergências e divergências” relacionadas ao tema, as quais são refletidas nas falas dos entrevistados (GOMES, 1994).

Segundo Minayo e Sanches (1993), na pesquisa qualitativa o critério não é numérico. Para a autora, é considerada ideal a amostra que representa a totalidade e permite aprofundar o que se pretende investigar. O grupo social deve ser claramente definido e esgota o assunto quando o quadro empírico do trabalho for delineado, com novas inclusões à medida que a pesquisa de campo for desenvolvida, confrontando-se às novas descobertas com a teoria. Dessa forma, o número de entrevistados a serem registrados não é determinado previamente.

Assim, o número de participantes da amostra foi definido, à proporção que com o material colhido verificou-se a saturação e a repetição dos conteúdos das entrevistas.

Aos entrevistados, foi explicado o objetivo da pesquisa e a metodologia, que se caracterizava em entrevista semi-estruturada com questões abertas. Solicitou-se então, a gravação, sendo explicitada também a garantia da preservação do anonimato dos depoimentos e a liberdade de recusar a responder qualquer uma das questões. Os entrevistados demonstraram disposição para colaborar.

Foram entrevistados 9 (nove) bancários, sendo 8 (oito) afastados de suas funções laborais e 1 (um) atuando em uma das agências bancárias de São Luís, que retornou ao trabalho após afastamento para tratamento. A idade dos bancários variou entre 39 a 47 anos, com idade média de 42 anos de idade. Dentre eles, sete bancários eram do sexo feminino e dois do sexo masculino, assentando com a literatura consultada de que existe um grande número de mulheres nos postos bancários, justificada pela dupla jornada de trabalho que reconhecidamente a maioria acumula.

Quanto ao estado civil, dois bancários eram casados e sete divorciados. Ao serem questionados sobre a etnia: dois se consideraram brancos, seis

atribuíram-se a cor parda, e um a cor preta. A formação acadêmica que prevaleceu foi a de nível superior.

No item de tempo de serviço houve uma variação de 13 a 21 anos de serviço, sendo as funções mais exercidas as de caixa e de atendente de balcão. E os bancos de maior atuação pelos entrevistados foram os seguintes: Bradesco, Banco do Brasil e Caixa Econômica Federal.

#### **5.4 O trabalho de campo**

Chegando ao Sindicato dos Bancários de São Luís (MA), manteve-se contatos com o setor de saúde, que prontamente apoiou a pesquisa. Participou-se das reuniões mensais com os portadores de LER/DORT, realizadas no Sindicato. O projeto foi apresentado a 22 bancários presentes na primeira reunião. Na reunião posterior, os bancários dispostos a participar agendaram as entrevistas. Apenas nove participaram, os outros recusaram-se alegando que estavam em tratamento e não se sentiam bem em participar, pois não acreditavam que trabalhos de pesquisa pudessem ajudá-los, já que a visão dos gestores bancários era extremamente “capitalista”.

A maioria das entrevistas foi realizada nas residências dos bancários, pois estes não se sentiam à vontade para responder às questões no Sindicato, em virtude do barulho e da falta de privacidade. Apenas um entrevistado solicitou que a entrevista fosse realizada no próprio banco. Enquanto as entrevistas eram realizadas a participação da pesquisadora às reuniões mensais se tornou freqüente.

Percebeu-se, como é delicado para os bancários falarem sobre seu processo de adoecimento, interferindo diretamente em seu aspecto emocional, já que alguns se emocionavam bastante quando era mencionado a questão familiar. A partir de tal contexto teve-se a preocupação de pausar o gravador para não causar maior desconforto diante da situação. Apresentava-se o Termo de Consentimento (Apêndice B) e garantia de sigilo absoluto sobre o que estava sendo gravado.

Na elaboração e desenvolvimento da pesquisa foram observados os preceitos éticos seguindo as recomendações do Comitê de Ética do Hospital Presidente Dutra da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), com relação ao

sigilo e preservação da identidade dos sujeitos pesquisados, bem como daqueles que forneceram informações relacionadas à pesquisa (APENDICÊ C). A referência aos bancários é feita através de código: B (significa BANCÁRIO). Por exemplo: B-01: ENTREVISTA DO BANCÁRIO número 1. Como foram nove bancários entrevistados os códigos variam de B-01 a B-09.

## 6 ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Com o término da fase das entrevistas, iniciou-se a busca por um método que permitisse responder às indagações antes evidenciadas nos pressupostos. Diante da complexidade do objeto de estudo, encontrou-se em Minayo e Sanches (1993) uma proposta de análise interpretativa, que de acordo com a perspectiva possibilitaria um conhecimento maior acerca das representações sociais dos bancários: o método hermenêutico-dialético, que segundo a autora permitiria colocar a fala dos bancários em seu próprio contexto e compreender suas representações sobre as LER/DORT e seu processo de adoecimento.

Minayo e Sanches (1993) afirma ainda que a hermenêutica e a dialética não devem ser "encurtadas" através de sua redução à simples teoria de tratamento de dados. Mas pela sua capacidade de realizar uma reflexão fundamental que ao mesmo tempo não se separa da práxis, podendo-se dizer que o casamento dessas duas abordagens deve preceder e iluminar qualquer trabalho científico de compreensão da comunicação.

Não se espera encontrar nas representações sociais dos bancários um único conceito válido e verdadeiro, pois isso seria não reconhecer a diversidade e a mutabilidade das representações como fenômenos sociais. Portanto, durante a análise constantemente manteve-se um diálogo entre os dados obtidos e o marco teórico desenvolvido, o que permitiu superar o simples relato das falas e facilitar o reconhecimento das representações sociais sobre as LER/DORT.

Inicialmente optou-se por analisar o discurso, através da técnica interpretativa com a intenção de facilitar o surgimento do conteúdo latente existente no discurso desenvolvido pelos bancários; e, posteriormente, fazer uma análise desse conteúdo partindo do registro da frequência com que ocorriam as respostas similares a um mesmo questionamento.

Para a análise e interpretação dos dados obtidos nas entrevistas semi-estruturadas, foram estabelecidas duas etapas de trabalho dentro da metodologia em questão: a primeira referiu-se ao ordenamento dos dados contidos: nas gravações das entrevistas que foram transcritos, para fazer-se uma leitura geral das informações obtidas, em seguida, foi feita uma releitura do material, organizando-se os relatos. Na segunda etapa foram feitas várias leituras "flutuantes" propiciando um

contato mais profundo com o material e possibilitando uma impregnação pelo seu conteúdo em busca da lógica nele contida. Esta etapa de exploração do material permitiu, então, o agrupamento das unidades de registro encontradas estabelecendo-se categorias.

De acordo com Deslandes (2001) a categoria, em geral, refere-se a um conceito que abrange elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. As categorias são empregadas para se estabelecer classificações, agrupando elementos, idéias ou expressões, objetivando a obtenção de um conceito capaz de abranger tudo isso. Para o autor, a formulação de categorias deve seguir os seguintes critérios:

- devem estar relacionadas ao problema da pesquisa;
- devem abarcar todas as possibilidades de variação e todos os valores que interessarem;
- devem ser mutuamente exclusivas de tal forma que uma classe não se superponha à outra.

Desta forma, formularam-se as categorias deste estudo agrupando itens dos discursos dos bancários entrevistados. Identificou-se que as representações desses trabalhadores estavam divididas em dois períodos: antes do adoecimento e após adoecimento, ou seja, evidenciou-se duas categorias gerais:

- LER/DORT e bancários: o significado, sintomatologias e a trajetória causal do adoecimento;
- LER/DORT e bancários: conseqüências e uma nova realidade.

Na categoria geral “LER/DORT e bancários: significado e a trajetória causal do adoecimento”, as representações foram agrupadas nas seguintes temáticas: “As LER/DORT são lesões do trabalho desconhecidas”, “As LER/DORT são causadas pela falta de organização do trabalho e pelo capitalismo exacerbado” e “As LER/DORT foram agravadas pelas mudanças ocorridas no sistema bancário”.

As representações da categoria geral “LER/DORT e bancários: uma nova realidade” foram agrupadas nas temáticas: “LER/DORT: doença invisível e

impregnada de estigma”, “LER/DORT: sofrimentos e perdas” e “As LER/DORT e a identidade do trabalhador”.

### **6.1 LER/DORT e bancários: significado, sintomatologias e a trajetória causal do adoecimento**

A intenção deste tópico é contextualizar o entendimento dos bancários acerca das LER/DORT, a reação inicial com o aparecimento dos primeiros sintomas, a relação do adoecimento com seus postos de trabalho, tarefas, exigências cognitivas e fatores organizacionais.

#### **6.1.1 “As LER/DORT são lesões do trabalho desconhecidas”**

A primeira questão colocada para os bancários no início da entrevista era sobre o que seriam as LER/DORT. Sete dos nove bancários, disseram ser uma lesão, mas que não sabiam exatamente o significado. Por exemplo:

“Olha pouca coisa eu sei explicar, é difícil. Só sei que é doença que é uma lesão que adquiri no trabalho...” (B-01).

“É uma lesão, né?... só não sei dizer o que é, mas já li que é uma doença incurável.” (B-02).

“É uma lesão, eu peguei, adquiri aqui na empresa porque foi meu único emprego” (B-06).

“A LER, Lesão por Esforço Repetitivo. E tem um outro nome, DORT, Doença por Esforço Repetitivo, em tese é uma lesão que a gente sente no trabalho” (B-08).

“Eu acho que é uma lesão que enfraquece os punhos e dedos” (B-09).

As LER/DORT, por definição, são fenômenos relacionados ao trabalho, caracterizado pela ocorrência de vários sintomas, concomitantes ou não, tais como, dor, parestesia, sensação de peso, fadiga, de aparecimento insidioso geralmente nos membros superiores, pescoço e/ou membros. Frequentemente são causa de incapacidade laboral temporária ou permanente. São resultados da superutilização

das estruturas anatômicas do sistema músculo-esquelético e da falta de tempo de sua recuperação (BRASIL, 2001a).

De acordo com Oliveira et al. (1998), os sinais e sintomas observados na clínica dos doentes com LER podem estar relacionados diretamente com as alterações morfofuncionais dos tecidos (lesão/reparação), isto é, podem ser conseqüências das afecções que acometem músculos, tendões e ligamentos, articulações e nervos.

Mais da metade dos bancários entrevistados identificou a LER/DORT com base em seus sintomas iniciais. Demonstraram também um grande desconhecimento sobre a doença antes do adoecimento e um conhecimento superficial depois do diagnóstico do médico:

“Eu hoje, eu entendo, que é uma inflamação que acomete os músculos, os tendões. Causado por movimentos repetitivos, até por que falta oxigênio, nutrientes. Quem passa muito tempo só numa postura, fica comprimido e antigamente eu não sabia” (B-03).

“Lá no Sindicato falaram que é uma inflamação nos tendões, e o médico também disse. Antes de eu sentir as dores eu só sabia que existia um problema. Até porque lá no banco tinha alguns casos. Só que é assim, quando o problema não é com a gente, a gente nem liga” (B-08).

“... só sei que eu tenho formigamento quase principalmente quando eu relaxo o braço à noite, quando eu vou dormir. Eu sinto muito, tem dia que eu não consigo dormir com tanto formigamento, demais, demais” (B-02).

“... começou com um cansaço no braço... a coisa foi se agravando, agravando e eu sentindo cansaço, sentindo dor... foi um sofrimento” (B-06).

“... o ombro pesado, uma dor que vai da cervical ao ombro. E é um sintoma de fadiga, como se fosse fadiga muscular. Esse ombro esta cansado. Para movimentar aqui, principalmente aqui, quando não aquecido de manhã cedo, amanhece pesando milhares de quilos” (B-04)

“Eu comecei a sentir lá no caixa digitando o dia inteiro... meus dedos ficavam com câibras, dormentes e no final do dia eu sentia aquela dor, sabe?” (B-07).

O significado da doença para os bancários estava diretamente relacionado com os sintomas iniciais do adoecimento. As queixas e sintomas mais comuns entre os trabalhadores com LER/DORT, são a dor localizada, irradiada ou generalizada, desconforto, fadiga e sensação de peso, formigamento, parestesia, sensação de diminuição de força, edema e enrijecimento articular, choque, falta de firmeza nas mãos, sudorese excessiva, entre outras. E são essas queixas e sintomas que encaminham os trabalhadores aos consultórios.

Sensações de anestesiamento e formigamento (parestésias) podem substituir ou associar ao sintoma de dor, traduzindo a existência de compressão nervosa, permitindo às vezes identificar, por suas características, com razoável grau de precisão, o local exato da compressão apenas com o exame clínico (OLIVEIRA et al., 1998).

### 6.1.2 As LER/DORT são causadas pela falta de organização do trabalho e pelo capitalismo exacerbado

Um aspecto importante que surgiu nas entrevistas foi o relacionado à etiologia da doença. Ao se questionar sobre qual seria a causa das LER/DORT as atribuições foram diversas. A forma como o trabalho bancário estava organizado, a pressão por parte dos dirigentes e clientes na agilidade dos serviços e a escassez de mão-de-obra foram bastante citados, conforme pode-se interferir dos seguintes depoimentos:

“Eu acho que foi mesmo sobrecarga de trabalho. Fora o estresse, a pressão dentro da gente, a cobrança... E eu ficava sozinha nesse setor. Eu adoeci foi nesse setor. Aí eu tinha que atender telefone, tinha que atender o balcão, não podia fazer hora extra, tinha que organizar tudo, então a gente ficava sobrecarregada” (B-05).

“O que a gente tinha era cobrança, a cobrança por metas do gerente. Como foram as autenticações do caixa hoje? Tinha um mapinha de autenticação. E a cobrança mais importante do público. Aquela fila enorme. E quem tem como eu uma característica pessoal de se colocar no lugar do outro... Eu forcei a barra na minha... Isso daí foi óbvio. Eu passei a ser o caixa que autenticava muito mais do que os outros. Eu fui crescendo, crescendo, autenticando. Autenticava 20, 30, 40% a mais que os outros. E, conseqüentemente, quando eu percebi... Pois é, forcei, fui além da minha” (B-01).

“A gente autenticava feito louco, minhas mãos doíam, meus olhos ardiam, porque antigamente a fila era terrível. Eu realizava o dia todo trabalhos repetitivos, eu não parava um só minuto. Aquela fila enorme pra dois ou três caixas” (B-07).

“Voltamos à era do chicote. A cobrança, esse chicote que é a cobrança... Isso daí é comum, a pressão por metas. A direção central do banco cobra a superintendência, a superintendência cobra o gerente, o gerente cobra o peão lá na base, seja o caixa, seja o do atendimento lá que tem metas a cumprir. Hoje o banco, um banco considerado público, mas assim, os seus critérios de existência são regidos totalmente pelos critérios da rede privada, do resultado, do lucro, não é?” (B-09).

Para a ocorrência das LER/DORT, não existe causa única e determinada; são vários os fatores existentes no trabalho que podem estar relacionado à sua gênese: repetitividade de movimentos, manutenção de posturas inadequadas por tempo prolongado, esforço físico, invariabilidade de tarefas, pressão mecânica sobre determinadas partes do corpo, mais precisamente os membros superiores, trabalho estático, frio, fatores organizacionais e psicossociais, dentre outros, conforme o próprio documento ministerial propaga (BRASIL, 2001a).

Com base em determinadas depoimentos a seguir, é possível constatar que alguns trabalhadores sofrem tanta pressão que chegam a atribuir características de sua personalidade como fator preponderante de seu processo de adoecimento:

“Não foi só da digitação o meu caso. Porque eu sou uma pessoa muito tensa, muito ansiosa e isso ajudou muito o meu caso” (B-06).

“Eu contribui muito para o meu estado, sempre fui muito responsável com minhas atividades, não gostava de ver as pessoas reclamando das filas” (B-04).

“Além da cobrança do gerente e público, eu me exigia muito...se tivesse exigido menos de mim, talvez não tivesse desse jeito” (B-01).

A maioria dos entrevistados apontou que a LER é uma doença relacionada ao trabalho, justificando que as estruturas acometidas correspondem à posição adotada no trabalho, o que está em consonância com a literatura pertinente ao assunto. Mas nos depoimentos, outros elementos são apontados como sendo os responsáveis pelo surgimento da doença: mobiliários e equipamentos inadequados, longas jornadas, inexistência de pausas, movimento repetitivo, estresse, tensão, auto-exigência e sobrecarga de trabalho, e que a prevenção é necessária e com urgência, como se identifica nos depoimentos:

“Adoeci também porque os bancos não se interessam por prevenção dentro das agências. E diminuir esse ritmo, essa sobrecarga do trabalho. Acho que esses dois fatores. Primeiro, se não conseguisse diminuir a sobrecarga do trabalho, trabalhasse com a prevenção dentro da empresa (B-02).

“Tivesse funcionário lá dentro orientando: “- Olha é assim na postura!” Fazendo os alongamentos antes e durante. As pausas que não são cumpridas. Cumprir aquela NR 17, a cada 50 min. Tinha época que não almoçava que não tinha tempo de almoçar, porque era só 15 min. Eu lembro quando eu me formei eu estava dessa grossurinha...” (B-08).

“Agora ele teria que em primeiro lugar que colocar duas coisas: Pessoal suficiente para atender uma demanda conivente com a capacidade física, equipamentos. Mais pessoal suficiente e equipamentos adequados, equipamentos mobiliários, cadeira...aquela cadeira me matava” (B-03).

“A ansiedade, ela é um grande vilão dessa doença. Um grande vilão. Além da digitação. Não é só a digitação. Tem pessoas que digitaram muito menos do que eu, cinco, seis anos e adquiriram devido à ansiedade. Então a ansiedade, tu trabalha ansiosa, tu trabalha toda tensa. Aquilo ali é terrível. Trabalhava com fila e tinha pressa. Tenho até hoje pressa para tudo e isso afetou muito mais o meu caso” (B-06).

“De todos os elementos... Já me falavam de postura,, ergonomia e isso tava bem. Diariamente a gente refletia sobre isso, aqueles caixas que não eram relativamente baixo aqui. Que não tinham as cadeiras, uns que não subiam. Uma série de elementos que a gente já fazia crítica dos imobiliários, dos equipamentos do banco. Postura. E músculo, essa coisa repetitivo” (B-02).

Segundo Bellusci (2005), as más condições psicossociais no trabalho facilitam o desenvolvimento da LER/DORT, como por exemplo, o trabalho pobremente organizado, a falta de influência no próprio trabalho, a pouca variedade no conteúdo das tarefas, a pressão contínua de tempo, a falta de solidariedade no grupo, os conflitos intra e extragrupo, a pressão permanente de chefia/colegas, a falta de reconhecimento e apreciação, a falta de oportunidades para desenvolvimento profissional, o temor de fracasso e erro, entre outros.

Nota-se na fala deste último bancário entrevistado, conhecimentos superficiais de prevenção, quando menciona a ergonomia, denominada por ele de ergonomia, que é na verdade um método de medição do trabalho de um grupo muscular. Já a Ergonomia (ou Fatores Humanos), bastante usada na prevenção de doenças, é uma disciplina científica relacionada ao entendimento das interações entre os seres humanos e outros elementos ou sistemas, à aplicação de teorias, princípios, dados e métodos e a projetos, a fim de otimizar o bem estar humano e o desempenho global do sistema (ABERGO, 2007).

As falas a seguir, mostram que raramente algum banco presta toda a assistência necessária ao bancário vitimado pela doença.

O banco que eu trabalho cobre tudo. Cobre até remédio. Esse apoio ele dá 100%. Não tem nada a desejar. A gente entra de licença, a gente não tem prejuízo de um centavo. Até o ticket alimentação ele continua dando pra gente. Essa parte ele é, quer dizer, em toda parte... São poucos os bancos, ele é um dos que dão todo o apóio pra gente pra essa doença.

Prevenir é eliminar as causas de algum evento antes que ele aconteça. Assim, prevenir Lesões por Esforços Repetitivos ou Distúrbios Osteo-musculares Relacionados ao Trabalho (LER/DORT) significa eliminar ou neutralizar os eventos

ou condições que levam ao seu aparecimento. A empresa pode ter um bom programa médico de acompanhamento dos afetados por LER/DORT, mas não ter um programa de prevenção eficiente (MARCIEL, 2000).

### 6.1.3 As LER/DORT foram agravadas pelas mudanças ocorridas no sistema bancário

Uma percepção bastante evidenciada nos discursos dos bancários sobre o agravamento da doença, que despertou atenção foram as mudanças ocorridas no sistema bancário. A reestruturação do sistema de administração dos bancos levou à falta de participação e alienação dos bancários, ocasionando a proliferação e agravamento da incidência de LER/DORT, como enfatiza os seguintes discursos:

“Eu tinha que atender telefone, guardar materiais em um armário, ter controle de um cofre cheio de gavetas. E tudo que a gente tinha que entregar para o cliente ou guardar tinha que ser nessa gaveta. Porque não tinha um sistema antes, esse sistema foi só depois. Eu entrei no banco em 89 e aí depois veio o computador. Hoje em dia tudo é direto no computador, e foi um Deus nos acuda pra mexer naquilo” (B-03).

“Do mecânico e a pressão também, porque se você não tivesse toda essa pressão, como se estivesse uma pessoa junto contigo... Sobrecarga de trabalho mesmo. Porque se fosse duas pessoas no balcão, tudo bem. Uma dava um tempo, a outra ajudava a outra. E também o que eu atribuo também é a falta de prevenção, que nos bancos de São Luís não têm e não previne. O banco não trabalha com isso” (B-04).

A informatização e a automação do sistema bancário foram acontecimentos bastante citados pelos bancários no processo de adoecimento. A ampliação do conteúdo das atividades, para o bancário, resultou na intensificação e aceleração do ritmo de trabalho, das operações executadas, da atualização dos dados e pela exigência do aumento da produtividade. Assim, ao contrário de agilizar o trabalhador das tarefas repetitivas, a automação bancária e o seu processo de informatização, desqualificam-no, substituindo a intervenção inteligente do operador por regulamentos e controles automáticos, que exigem dele somente atenção e precisão de gestos (GRAVINA, 2002).

A autora ressalta ainda que, essas inovações tecnológicas acarretaram mudanças no processo de trabalho dos bancários, uma vez que antes da

informatização os caixas trabalhavam com máquinas que armazenavam os dados digitados que precisavam ser transmitidos após o fechamento das agências. A partir do recurso da informática, cada caixa passou a operar com um terminal de computador, agilizando o tempo de atualização dos dados. Com a introdução do sistema *on line*, o terminal de computador possibilitou maior velocidade no atendimento, trazendo com isso a intensificação do ritmo de trabalho e aumento da produtividade.

Para se produzir os resultados desejados nos postos de trabalho informatizados, sem causar danos à saúde física, psicológica e cognitiva aos trabalhadores, o diálogo homem/máquina deve ocorrer em harmonia perfeita (VELOSO; MENDONÇA, 2002). Isto significa dizer que, as máquinas e equipamentos, o mobiliário, as condições ambientais e a organização do trabalho devem estar adequados às necessidades e limitações física psicológica e cognitiva dos indivíduos que executam as tarefas nos postos de trabalho informatizados, visando, assim, um trabalho de prevenção.

Os bancos de modo geral, deparam-se com tecnologias cada vez mais avançadas, atendendo à novas demandas de mercado, eliminam ou redesenham cargos e funções e em muitos casos, operações inteiras. Transitam entre processos produtivos, utilizando-se de quaisquer recursos disponíveis que possam garantir e aumentar seus ganhos, ignorando a saúde de seu trabalhador. Desta forma, a prevenção se torna um assunto marginalizado.

A acelerada informatização do setor bancário resultou em um aumento de funções manuais, pouco diversificadas, esvaziadas de conteúdo e repetitivas. Além disso, a forma de organização do trabalho que impõe um elevado controle sobre os trabalhadores, com pressão na realização das tarefas, exigências de rapidez, precisão e responsabilidade (OLIVEIRA et al., 1998).

## **6.2 LER/DORT e bancários: conseqüências e uma nova realidade**

A partir de um novo cenário com formas de trabalho alteradas, trabalhadores adoecidos, desgastados, desacreditados, em tratamento ou retornando ao trabalho, buscou-se nesta categoria uma reflexão sobre as

representações dos bancários diante dessa nova realidade imposta inexoravelmente em suas vidas.

### 6.2.1 LER/DORT: doença invisível e impregnada de estigma

As LER/DORT apresentam-se na maioria das vezes como uma doença invisível e extremamente estigmatizada. Com exceção dos casos em que há presença de edema na região afetada, seu diagnóstico carece de objetividade. Essa ausência de sinais visíveis gera desconfianças em terceiros, e mesmo no próprio lesionado, que passa a duvidar de seus próprios sintomas.

O termo estigma é bastante usado para referir-se a um atributo depreciativo e negativo. Segundo Goffman (1988, p.7), um indivíduo estigmatizado é aquele que se encontra em uma situação na qual está inabilitado para a aceitação social plena e, desta forma, necessita criar estratégias para que não ocorra sua exclusão. De acordo com o mesmo autor os indivíduos estigmatizados estão distribuídos em duas categorias: *desacreditados* e *desacreditáveis*.

A condição de *desacreditado* refere-se ao indivíduo que possui seu atributo depreciativo visível ou conhecido por todos e imediatamente evidente. Já a condição de *desacreditado* é aquela do indivíduo que carrega um estigma que não é conhecido por ninguém ou que não é visível (GOFFMAN, 1988).

O estigma, portanto, refere-se a um indivíduo que possui algumas dessas características e que poderia participar normalmente das relações sociais rotineiras; entretanto, essas características estigmatizantes se sobrepõem aos traços normais e acabam por afastá-lo do convívio social.

No caso dos bancários em estudo, pode-se visualizá-los nas duas condições em momentos distintos: *desacreditáveis* antes de oficializarem sua limitação física às outras pessoas; assumem a condição de *desacreditados* quando essa limitação é tornada pública, porém continuam *desacreditáveis* perante aos grupos em que não há necessidade de mostrar a lesão.

Durante a análise das entrevistas foi possível identificar nas representações compartilhadas pelos bancários alguns elementos estigmatizantes, justificáveis nos discursos a seguir.

“O problema dessa doença, porque ela fisicamente você tá boazinha. Só quando é muito grave que a pessoa fica com uma seqüela e você, dá para você notar. Mas fora isso você ta boazinha. Então eu tinha até condições... Dos outros colegas dizerem assim: Ah, que nada, ela não tem nada!” (B-03).

“Eu percebo essa discriminação ali na minha colega vizinha e nos relatos, me lembro dos relatos dos demais que é uma coisa absurda, mas tento levar numa boa brincando e até acho que ele ta brincando comigo também. Aquele sentimento de altivez, acima dos problemas né?” (B-04).

“Uma médica perita antes da ressonância, ficou: Não estou vendo causa. Não estou vendo nexo causal. Será que o senhor não está exagerando. Isso me magoou tanto, que só queria sair dali” (B-07).

“Eu estou muito bem porque a minha doença é detectada nos exames. E esse fato de ser detectado nos exames você não precisa provar nada pra ninguém, apesar da pessoa não ver, mais, o exame é a prova. Acredito que o sofrimento maior é a discriminação dos próprios colegas. Porque tu tá enrolando, tá mentindo, ah, nem deve ter” (B-09).

“Pior foi quando eu voltei do afastamento. Uma colega do balcão chegou com aqueles comentários debochados: Oh férias boas... fingi que não escutei, mas cheguei a pensa - Deus me perdoei – queria que acontecesse com ela pra ela ver” (B-06).

“Teus próprios amigos que trabalham lá contigo acham que tu não tem nada. Tu vai na agência, as pessoas te tratam meio assim. Te encontram na rua e acham que não tem nada a ver” (B-02).

“Eu nunca pensei que iria ficar feliz usando gesso no braço... agora não tinham como dizer que eu não estava doente” (B-01).

Além do sofrimento causado pela dor e pelas diversas limitações existentes no exercício de suas atividades laborativas, a falta de constatação visual da doença, segundo os sujeitos, contribuiu para que os colegas de trabalho não entendessem a razão dos prolongados períodos de afastamento do trabalho para o tratamento, mas ao contrário, julgassem-nos como privilégios.

Outra informação que chamou bastante atenção foi que em alguns casos a “invisibilidade” da doença foi utilizada por alguns dos entrevistados no sentido de ocultar o adoecimento em virtude dos entraves encontrados por outros colegas que já tinham adoecido e do medo de assumir que estavam doentes. A ocultação da doença oportuniza um sofrimento muito grande ao lesionado, não apenas pela dor, mas também porque desestrutura todos os aspectos da vida que a doença pode atingir, principalmente no que se refere à construção de uma identidade relativa ao trabalho (GOOFFMAN, 1988).

“Depois que o médico me falou que eu tinha LER, fiquei pensando em um colega que tinha lá no banco um tempo atrás que só vivia trazendo atestado e os outros diziam que ela estava era com embromação. Então fique

pensando se contava...não contava...demorei muito pra falar pro meu gerente” (B-04).

“Desde 2000 que já sabia que tava doente, mas não queria nem acreditar e nem contar pra todo mundo que eu esta inválido... como minha irmã me chamava” (B-05).

“Quando vim do médico não contei nem pro meu melhor amigo, fique com medo do meu chefe saber e me demitir, como ninguém via...meu punho estava visualmente bem...já pensou aí vou ficar doente e sem emprego” (B-07).

Não há dúvida, que a incompreensão, a descrença, o preconceito e a cobrança das pessoas reforçam nos bancários lesionados um sentimento de culpa e humilhação, e os levam a negar e, muitas vezes a ocultar, seu estado de saúde para evitar discriminações e perdas.

Ao lado do medo de perder o emprego e não atender suas necessidades de sobrevivência e de sua família, o lesionado encontra-se sem saída e, então, encobre seu estado de saúde devido ao sofrimento conseqüente da exclusão social, da deterioração de sua identidade de trabalhador/provedor/ser produtivo, pois as pessoas que a revelaram anteriormente foram colocadas de lado, como portadores de doença contagiosa, como se o convívio com o bancário acometido pudesse levar os outros a apresentar os mesmos sintomas, ou seja, adquirir a doença.

### 6.2.2 LER/DORT: sofrimentos e perdas

Com aquisição das LER/DORT a vida profissional e pessoal dos lesionados fica permeada de grande sofrimento, gerado pela possibilidade de perdas que possam vir acompanhadas com a doença, isto é, perda do emprego, perda da capacidade para o trabalho, estabilidade, credibilidade, entre outras. Esse sofrimento quando associado à culpa e à revolta gera sentimentos de baixa auto-estima pela incerteza quanto ao retorno ao trabalho e quanto à melhora e a cura.

Esse quadro de culpa observado nos resultados encontrados por Maciel (1995, p.39), em seu trabalho com de portadores de LER que exerciam a função de digitadores, mostra que:

O impacto que sobrevém ao contato com a LER faz com que os portadores se defrontem com sentimentos de culpa, de revolta, de incapacidade física e

psicológica perante a vida, desvalorizando-se com um abalo intenso do autoconceito, o que traz como consequência uma grande fragilidade interna (psicológica) quando o portador se percebe sem saída e sem apoio.

Essa situação leva a um sofrimento relacionado aos sintomas de dor que passam a fazer parte da vida dos acometidos durante a jornada de trabalho, como também no período em que convive com a família no lar, no lazer e nos momentos de descanso. Encontrar-se doente e assumir essa condição significa perdas, dentre estas da identidade construída durante toda sua existência

Entre os entrevistados, verificou-se que a LER/DORT provocaram mudanças bastante significativas que afetaram os diversos aspectos da vida dos bancários. Angústias e preocupações, principalmente pela burocracia do INSS, a solidão, dificuldade na execução de atividades rotineiras, de cuidados pessoais e domésticos foram bastante citados pelos lesionados. As entrevistas a seguir, ilustram tal preocupação.

“Eu perdi a força do braço direito e minha coordenação é péssima. Eu sinto dores 24 horas, tenho as calcificações. Não consigo pentear meu cabelo direito e nem escovar meus dentes. Às vezes, eu fico assim depressiva... (Choro)” (B-03).

“E daí pra frente é isso, aquela chatice de ir ao INSS. Em primeiro lugar para garantir o nexo causal, a confirmação, a caracterização de acidente do trabalho. Na verdade o acidente ocorreu 6 de agosto de 2004 e só vou conseguir a caracterização do nexo causal em outubro de 2005. Em novembro eu volto ao banco. Então passou este tempo todinho e todos esses recursos e mais recursos até eu chegar a conseguir uma junta de peritos. Sacrificam muito a gente” (B-02).

“Esse momento foi um dos mais difíceis da minha via, porque até quando tu sai, tu fica perdida, sem saber o que é que eu vai fazer. Tu não sabe como funciona o INSS. Tu não sabe o que é auxílio-doença, o que é assistência de trabalho. Tu não sabe como é que é lá. Tu não sabe de nada” (B-07).

“Dentro de casa tive momentos críticos. Fiquei dentro de casa o tempo todo. Nesse aspecto eu me peguei em determinados momentos virando o chato da pior espécie. Um momento crítico é quando tu não consegue banhar direito, e vestir nem se fala. Então isso vai acarretando uma dependência desesperadora... Os meus problemas psicológicos aumentaram...” (B-08).

“Na época que eu saí de licença, eu fiquei muito tempo dentro de casa, não gostava nem de sair. A gente fica sem saber o que fazer e se sente excluída, só pensa que quando voltar se vai ser demitido ou não” (B-05).

“Foi a pior mudança. Da água pro vinho. Primeiro porque com essa minha ansiedade, eu fico louca de ficar aqui sem fazer nada. Eu não posso fazer nada, a não ser de dar uma informação. Eu não posso digitar” (B-06).

Quando questionados sobre as consequências que o seu processo de adoecimento trouxe para sua vida, além das limitações físicas citadas, impedimento

das atividades diárias, as relações familiares foram bastante citadas pelos bancários. Alguns mencionaram que contaram com todo apoio e compreensão da família, outros não tiveram a mesma atenção, tendo sua família desestruturada, e alguns depoimentos estavam impregnados de sentimentos de vergonha e inutilidade, como verifica-se nas falas:

“Eu tenho todo um apoio da minha família, Tem período que eu fico irritada e brigo com todo mundo. E não tenho paciência e respondo mal pras minhas filhas. Eu não vou mais só pro supermercado. Sempre um filho vai comigo, pra me empurrar o carrinho. Eles não deixam eu pegar cinco quilos de arroz, entendeu? Eles não deixam eu tirar nem um... Nada dentro do carrinho pra passar pra caixa registradora. Eles fazem todo esse trabalho pra mim. Eles não deixam eu pegar peso de nada” (B-06).

“Olha, na família eu tive muito apoio, principalmente da minha mãe quando me demitiram. Que eu viajei muito para poder ver se eu fico boa. Foi a perda do meu emprego, entende? A perda de não estar trabalhando, que é uma coisa que eu sempre fiz. Se não fosse minha família não sei” (B-05).

“Ah! Infelizmente hoje estou separado, minha doença abalou muito meu casamento... eu chegava do trabalho cansado, com dor... muito chato, acho que pequei muito... confundi tudo... é assim mesmo” (B-02).

“Minha família? Confesso que não entendo muito bem. Quando eu soube o que eu tinha todo mundo era muito compreensível, mas hoje dois anos depois, sinto que me recriminam muito só no olhar, minha sogra é a que mais me cobra. Então acho que meu maior apoio são meus amigos do sindicato, que me entendem” (B-09).

A repercussão da doença causa limitações nas atividades de vida diária, afastamento do trabalho, mudança na identidade na família, círculo social e no trabalho, sentimento de culpa, de incapacidade e de inutilidade (BRASIL, 2001b).

### 6.2.3 LER/DORT e a identidade do trabalhador

Segundo Ciampa (apud OLIVEIRA et al., 1998, p.327), é do contexto histórico e social onde o homem vive, que decorrem suas determinações, os modos e as alternativas de identidade, uma vez que é esse contexto que coloca e reforça aquilo que o indivíduo internaliza como sendo “ele mesmo”.

O trabalho forma a identidade do indivíduo, a profissão do indivíduo caracteriza o seu ser, o indivíduo é a sua profissão. Os diferentes espaços de

trabalhos oferecidos constituem-se em oportunidades diferenciadas para a aquisição de atributos qualificativos da identidade de trabalhador (VERTHEIN, 1997, p.60).

Os bancários em estudo demonstram um estado de sofrimento interior para o sofrimento com o exterior causado pelas dores e pelas diversas limitações existentes no exercício de atividades cotidianas, além disso, sofrem outras sobrecargas que abalam sua identidade, já que diante das mudanças se vêem obrigados a buscarem saídas e novas perspectivas, haja vista as colocações:

“Fico lembrando de mim antes de descobrir essa doença e tenho vergonha da minha aparência. As pessoas me encontram, me olham assim e dizem: poxa, tu tá mal, essa barba mal feita. E eu respondo: Não. Não se preocupa. Eu tô bem! Eu tô bem! Eu tô bem demais!. Às vezes, prefiro ficar em casa” (B-08).

“Adoecer foi como regredir na minha vida, me sinto sozinha, gorda e sem um braço. Eu tô sempre deprimida, e essa depressão já me trouxe uma gastrite e hipertensão” (B-06).

“Minha rotina é toda determinada pelas minhas visitas ao médico, enquanto minha mãe e meu filho cuidam da vida, passeiam eu tô esperando ser atendida pelo fisioterapeuta, acunpunturista... é triste. Pelo menos meu filho tem minha mãe” (B-02).

Observou-se nas representações mencionadas, que existe uma relação entre a doença, a inutilidade, indignação e manifestação de sintomas que apontam para estados de depressão, apatia e estagnação. É como se a doença, como inutilidade, tomasse um papel avesso, do reverso e até, no limite da morte social.

A situação social converte-se em transtorno psicológico porque o sujeito volta a sua acusação para si mesmo e não para a sociedade, uma vez que não percebe sua identidade de trabalhador como produto da divisão social de classes e sim como atributo universal do gênero humano. A representação ser trabalhador é traço identificatório do ser do gênero humano (BORGES, 2001, p. 33).

Portanto, também para Costa (1987), o “valor trabalho” constitui-se em categoria fundante da pessoa nas classes populares. Entretanto, além de instrumento de sobrevivência física e social (esta última ligada à valorização social negativa de quem não trabalha), existe uma adesão afetiva do sujeito à identidade e trabalhador, por constituir-se no meio de realização do potencial criativo do homem, meio pelo qual esse sujeito torna-se humano.

Quando questionados sobre as formas encontradas por eles para lidarem com a doença, muitos alegaram que tiveram muitos entraves, pois não tinham muita

informação e não existiam órgãos que pudessem auxiliá-los no entendimento dos processos, da própria doença. Encontraram no Sindicato um meio de aprendizado para lidar com a nova realidade de vida, conforme se identifica nas falas::

“No início, lembro que fiquei muito desesperada com essa doença, já que no banco ninguém falava muito no assunto, no INSS é aquele medo das pessoas não acreditarem na gente. O único lugar que a gente podia falar um pouco e ser ajudada foi no Sindicato” (B-06).

“É lamentável pegar LER, ainda mais aqui no Maranhão, não se tem apoio. E olha que o número de lesionados vai aumentar. O Sindicato foi o único local que me deram apoio, mesmo que fosse dois ou três vezes no ano me ajudou muito. Sempre acreditei, depois que adoeci, que a vivência coletiva é o que na minha concepção seria bom pra mim. Vida em sociedade e isso é o social. Você pra enfrentar os problemas tem que ser coletivamente, socialmente conseqüentemente não há outra opção para enfrentar os problemas dos lesionados” (B-05).

“Recorri ao Sindicato. E tem a reunião dos lesionados, essa coisa toda. “- Ah, legal. Beleza”. Então eu passei a freqüentar também embora de forma esporádica, eu não ia em todas, mas estava sempre... A gente passou a se encontrar, eu passei a me encontrar nos consultórios com os meninos e houve essa integração. Apenas esse aspecto de buscar um motivo, esse buscar, buscar ajuda para o que foi importante porque eles conheciam os trâmites internamente que envolve juntas, peritos, vários setores, setores de gerência de benefício. Inclusive eu cheguei... Houve a época em que o sindicato tava organizando um seminário sobre LER, DORT. Foi até o chefe da gerente de benefício. O INSS foi lá fazer uma palestra. Eu me senti informado dos canais e como agir...Então foi uma bola funcional bem legal, foi uma ajuda interessantíssima” (B-09).

Outros entrevistados procuraram outras saídas que pudessem amenizar as transformações impostas pela LER/DORT, de acordo com os seguintes depoimentos:

“E eu me considero um acidentado, um lesionado mais bem de cabeça. Isso ocorre no momento que eu já não via mais o banco como uma carreira. O fato de eu ter voltado a estudar, de fazer Direito foi para ir buscar uma outra carreira e naquele momento o acidente só passava pra mim, ainda hoje, como um alto preço que eu paguei por tentar experimentar essa nova função” (B-09).

“Eu fiquei muito tempo dentro de casa, não gostava nem de sair. Minha irmã: “- Bora sair?” Eu fiquei mesmo deprimida. Aí depois que eu comecei a fazer terapia ocupacional, e eu ia pra lá fazer os exercícios com ela, e a gente começou a ver... Tem que ver alguma outra coisa pra você! Um sentido pra tua vida. Porque tu ta acostumada naquele ritmo, aí de repente não tu não vai mais para fazer aquilo e aí tu vai fazer o quê? Então, foi que eu pensei em fazer fisioterapia ou terapia ocupacional. Só que ela disse assim: “- Não C., faz muito... Tu vai que movimentar muito com as mãos e vai ser ruim pra ti”. Então foi que eu pensei em fazer enfermagem. E aí eu fui estudar e graças a Deus...” (B-03).

“De sessões intermináveis de fisioterapia, de hidroterapia. E fiz Quiropraxia. Acupuntura cheguei a iniciar, mas não terminei porque era pago e tal, agora que o banco tá cobrindo e eu tô fazendo acupuntura agora. Então, usei o meu tempo livre pra isso e o resto que sobrava pra estudar” (B-06).

Nesse sentido, o sofrimento no trabalho não é patológico, possui um papel no aumento da resistência e no fortalecimento da identidade pessoal, significando, assim, que ele pode ser uma possibilidade de fazer o trabalhador encontrar estratégias para enfrentá-lo de forma criativa e mudar as situações que o provocaram (MENDES, 1995).

Abstraiu-se de outros depoimentos, que alguns dos bancários entrevistados estavam empenhados em se tratar com o intuito maior de retornarem às suas atividades no banco, sua vida familiar e seus momentos de lazer, ou seja, estavam decididos a retornarem a sua identidade anterior à doença, como se observa nos registros:

“Estou indo ao médico, tomando meus remédios, me cuidando, quero voltar a minha vida de antes... quero acordar, ir trabalhar, viajar com meu marido, passear e carregar meu filho...essa vida não é justa” (B-01).

“Desde que adoeci comecei a estudar, hoje recém-formado em Direito, inscrito nos concursos da área jurídica, estou batalhando pra voltar à vida normal, sabe: trabalhar, nem que seja em outra coisa...sei que estou velho, mas o que eu não quero é ver meu irmão indo trabalhar e eu ficar em casa estudando. Isso é coisa de adolescente” (B-02).

A identificação da doença, no registro da predisposição, referendada pelo INSS/RJ, tem atribuído ao doente o papel de incapaz, tomando como parâmetro sua capacidade para o trabalho. Talvez, daí, o relato de muitos pacientes sobre o desejo de voltar à identidade social perdida, no caminho desviante do seu processo de adoecimento (BORGES, 2001).

O processo de reelaboração da nova condição de vida, após a LER/DORT, foi acontecendo de maneira diferenciada entre os entrevistados. Um dos maiores desejos manifestados foi para que seja encontrada a cura, pois enquanto isso não ocorrer eles expressaram que terão muitas dificuldades, principalmente, decorrentes da falta de autonomia para desenvolverem as atividades e pela limitação física imposta pela doença.

Em relação à organização política dos trabalhadores com vistas ao enfrentamento dessa realidade marcada por novas condições das relações de

trabalho, o movimento sindical tem buscado alternativas para enfrentá-los, mas ainda não obteve o êxito esperado pela categoria.

Tem-se, assim, de um lado, o crescimento de um sindicalismo de resultados, voltado especialmente para negociações que atendam às reivindicações da classe e, de outro lado, um sindicalismo combativo que não consegue manter seu nível de representatividade quanto aos reais interesses dos trabalhadores frente a redução do número de afiliados e da desmobilização da classe para a luta por melhores condições de trabalho, dificultando, assim, a situação dos trabalhadores vítimas das LER/DORT.

A percepção das LER/DORT como um problema essencialmente médico tem sido muito criticada, seria mais razoável entendê-la pela sua eficácia diagnóstica e terapêutica. A abordagem desse processo requer uma concepção de saúde mais abrangente e dinâmica, envolvendo diferentes atores sociais e suas respectivas parcelas de participação, tanto na compreensão diagnóstica e causal quanto de intervenção terapêutica (BORGES, 2001).

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo surgiu do interesse em conhecer as representações que os bancários portadores de LER/DORT, têm sobre seu processo de adoecimento, as conseqüências vivenciadas e as formas de enfrentamento desta nova realidade de vida, além de aventar a possibilidade de incluir a participação dos bancários na construção coletiva da análise e das propostas de mudança na forma de organização do trabalho da rede bancária de São Luís (MA).

Pela análise dos dados levantados, pode-se constatar uma mudança de comportamento e alterações nas relações sociais dos bancários após o processo de adoecimento, tanto dentro dos bancos quanto no contexto do ambiente familiar.

No tocante aos pressupostos destacados no início do trabalho pode-se considerar que:

- a) Com relação ao nível de conhecimento sobre o real significado e as conseqüências das LER/DORT, os bancários demonstraram total desconhecimento. Até mesmo nos dias atuais, os acometidos pela doença não sabem caracterizá-la, associando-a apenas como uma “lesão”. Esta definição está totalmente relacionada com significado da sigla. Grande parte dos entrevistados atribuem este quadro ao grande desprendimento por parte dos bancos com relação a prevenção da doença, pois a preocupação central dos bancos era de realizar investimento em equipamentos, visando reduzir os custos e atrair os clientes em função da competitividade do mercado e a expansão dos serviços bancários;
- b) No que diz respeito a forma de organização do trabalho e as condições ambientais dos bancos de São Luís (MA), repercutirem negativamente sobre a saúde física e mental e em diversas outras áreas da vida dos bancários, como foi pensado, todos os entrevistados evidenciaram as mudanças ocorridas no ambiente bancário como causadoras do seu adoecimento.

Primeiramente, essas mudanças podem ser constatadas através dos depoimentos das vivências por parte dos bancários das alterações ocorridas no sistema financeiro, com a introdução de novas tecnologias e a reestruturação administrativa ocorridas no momento da automação bancária no Brasil. A interferência da organização do trabalho e das relações de trabalho no adoecimento ficou bem evidenciada nos depoimentos, considerando o cenário econômico atual e a agressividade do novo processo produtivo implantado.

A repetitividade de movimentos e a pressão por parte das gerências e dos clientes foram os aspectos mais mencionados durante as entrevistas. Sentiam-se usados e sacrificados em prol da produtividade, pois até então, quem se beneficiava com o novo modelo de trabalho era o processo produtivo. O aspecto humano envolvido nas mudanças foi deixado em segundo plano, pois os pontos centrais no atual modo de produção foram o capital e o lucro.

Duas características ficaram bem definidas no estudo. A dor e as limitações impostas ao nível físico e mental que impossibilitam projetos de vida, isto é, além de lidarem com as dores e as limitações físicas vivenciadas diariamente, os bancários relataram o grande sofrimento mental por que passaram com relação à invisibilidade da doença, pois eram desacreditados pelos colegas, chefes, médicos e familiares.

Visualmente os relatos demonstraram grande sofrimento quando a incapacidade na realização das tarefas laborais começou a aparecer, gerando o medo de perder o emprego, os meios de subsistência de suas famílias, a sobrevivência. Logo em um período de instabilidade econômica, social e emocional que a sociedade vive, sendo extremamente comum encontrar pessoas conversando sobre o medo de perder seu emprego. Esta instabilidade ocorre ao nível mundial. O emprego deixou de ser sinônimo de segurança para pessoas sãs, e principalmente, para quem está adoecido.

O momento de maior desespero nos relatos foi quando o adoecimento alcançou os limites familiares, ocasionando desentendimentos, separações, brigas, entre outras situações, pois a incompreensão por parte dos familiares possibilitou alteração de papel dentro do grupo familiar. Este quadro se agravava quando os diagnósticos e tratamentos eram demorados e precários.

c) A investigação apontou que existe um despreparo da rede bancária e do sistema de saúde de São Luís (MA), em relação ao processo de adoecimento dos bancários das LER/DORT não apenas foi confirmada como também foi reforçada quando foi relatado pelos entrevistados que o processo de enfrentamento do problema em São Luís é bem complicado, visto que quando adoecem somente só sentem-se amparados quando recorrem ao Sindicato dos Bancários, pois não existem nenhum órgão ou pessoa que possa direcioná-los aos processos de saídas que possam vir a eliminar ou atenuar as conseqüências das LER/DORT e melhor prepará-los, em caso de retorno à atividade laborativa.

Os entrevistados enfatizaram que as mudanças ocorridas nos ambientes de trabalho, exerceram forte influência nas condições de saúde, afetando sua subjetividade e as formas de sociabilidade, tendo em vista as perdas dos referenciais de identidade, de espaço e de tempo trazidas pelo adoecimento.

As ações em torno das LER/DORT não podem deixar de lado os aspectos psicossociais, quais sejam, organização do trabalho, relações sociais, sofrimento psíquico, desgaste mental, entre outros. Tais ações devem ocorrer conjuntamente: governos se interessarem na gravidade da situação e atuarem na legislação; empresas irem além do normativo, implementando ações preventivas e de promoção da saúde; indivíduos participarem do contexto procurando exercer seu direito à cidadania, entendendo que todos fazem a história.

Apresentam-se algumas sugestões que possam começar a lançar luz sobre a possibilidade de contribuir para a construção de conhecimentos sobre a abordagem das LER/DORT, no contexto dos serviços públicos de saúde, dentre os quais destaca-se assistência psicológica de forma mais intensiva, uma vez que a doença faz-se acompanhar por descontroles psicológicos.

Assim, no início da pesquisa, em 2006, pensou-se como sugestão a criação de um Centro de Referência em Saúde do Trabalhador, ainda inexistente no Maranhão. Este local poderia suprir a carência de serviços acessíveis para o atendimento à comunidade do trabalho e contribuir para trabalhos futuros, fornecendo dados relevantes como já acontece em outros Centros de Referência

existentes nos Estados da Federação, ajudando substancialmente de forma direta ou indireta na prevenção, terapêutica, reabilitação e em outros campos científicos, visando ao enfrentamento da doença.

Diante dessa problemática, em março deste ano, o Governo do Maranhão e a Prefeitura de São Luís firmaram uma parceria visando à implantação do Centro de Referência à Saúde do Trabalhador (CEREST). De acordo com os órgãos públicos, esse Centro de Referência à Saúde do Trabalhador vai possibilitar que doenças decorrentes do ambiente de trabalho sejam diagnosticadas e tratadas em uma unidade específica. O CEREST vai atender a pacientes encaminhados de São Luís e de outros 127 municípios do estado, possibilitando assistência em atenção básica, bem como serviços de média e alta complexidade.

Em relação aos objetivos específicos propostos para este estudo, ressalta-se que foram plenamente contemplados, visto que se constatou o processo de adoecimento do segmento-alvo da análise, bem como suas conseqüências e formas de enfrentamento pela categoria de bancários portadores da LER/DORT e, ainda, foram sistematizadas algumas sugestões visando a participação desses bancários na construção de uma análise coletiva dessa nova realidade decorrente do adoecimento.

Nessa perspectiva, espera-se que tal iniciativa venha a contribuir decisivamente para melhoria das condições de vida do trabalhador maranhense, principalmente na questão do fator atendimento e apoio àqueles acometidos pelas doenças ocupacionais como a LER/DORT, que acometem de forma desumana o segmento dos bancários.

## REFERÊNCIAS

- ABERGO. **O que é ergonomia?**. Disponível em: <<http://www.abergo.org.br/orqueergonomia.htm>>. Acesso em: 10 jun. 2007.
- ACOORSI, A. **Automação: bancos e bancários**. 1991. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Economia e Administração-USP, São Paulo, 1991.
- AMERICANO, Maria José. **Lesões por esforços repetitivos (LER) / distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT)**. Disponível em: <<http://www2.uol.com.br/prevler/oquee.htm>>. Acesso em: 15 mar. 2006.
- ARMSTRONG, T. J. Ergonomics and cumulative trauma disorders. **Hand Clinics**. v. 2, n. 3, p.553-65, 1986.
- BELLUSCI, Silvia Meirelles. **Doenças profissionais ou do trabalho**. 6. ed. São Paulo: Editora: Senac, 2005.
- BLASS, L. Automação bancária: práticas e representações. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, out./dez. 1993.
- BOGDAN, Robert C. BIKEN, S.K. **Qualitative research for education; na introduction for to theory and methods**. Boston: allyn and bacon, 1982.
- BORGES, L. H. **Sociabilidade, sofrimento psíquico e lesões por esforços repetitivos em processo de trabalho repetitivos entre caixas bancários**. Tese de doutoramento, Rio de Janeiro: Fundacentro, 2001.
- BRASIL. **Decreto n. 22.626, de 7 de abril de 1933**. Rio de Janeiro, 1933.
- \_\_\_\_\_. **Consolidação das Leis do Trabalho – CLT. Decreto-Lei 5.452 de 1º de maio de 1943**. Rio de Janeiro, 1943.
- \_\_\_\_\_. **Portaria n. 4.062, de 06 de agosto de 1987**. Ministério da Previdência Social, 1987.
- \_\_\_\_\_. **Portaria n. 3.751, de 23 de novembro de 1990**. Brasília, 1990.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Protocolo de investigação, diagnóstico, tratamento e prevenção de lesões por esforços repetitivos: LER/DORT distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a.
- \_\_\_\_\_. **LER/DORT: dilema, polêmicas e duvidas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BROWNE, C. D.; NOLAM, B. M.; FITHFULL, D. K. Occupational repetition strain injuries: guidelines for diagnosis and management. **Medical Journal of Australia**, v. 140, n. 6, p.329-32, 1984.

CANÊDO, L. B. **O Sindicalismo Bancário em São Paulo**, Símbolo, 1978.

CARDOSO, M. H. C. A.; GOMES, R. Representações sociais e história: Referenciais teórico-metodológicos para o campo da saúde coletiva. **Cadernos de Saúde Pública**, 2000.

CLARO, L. B. L. **Hanseníase**: representações sobre as doenças. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1995.

CODO, Wanderley; ALMEIDA, Maria Celeste C. G. de. **LER**: diagnóstico, tratamento e prevenção: uma abordagem interdisciplinar. Petrópolis: Vozes, 1995.

COSTA, J. F. A consciência da doença enquanto consciência do sintoma: a “doença dos nervos” e a identidade psicológica. **Cadernos do IMS**, v.1, n.1, 1987.

DESLANDES, S. F. A construção do objeto de pesquisa. In: pesquisa: MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social teoria, método e criatividade**. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2001.

DIEESE. **Conseqüências da reestruturação produtiva dos bancos sobre os bancários**. Rio de Janeiro: DIEESE-Subseções ANABB, FENAE, SEEB-POÁ, 1997.

ELY, H. B. **Qualidade nos bancos**: um estudo sobre o aspecto participativo das novas formas de gestão. Dissertação de Mestrado, UFRS, 1995.

FECESC – Federação dos Trabalhadores no Comércio de SC. **LER/DORT**. Florianópolis: FECESC, 2005.

FERREIRA JÚNIOR, M. **Saúde no trabalho**: temas básicos para o profissional que cuida da saúde dos trabalhadores. São Paulo: Roca, 2000.

FERREIRA, L. L.. Aplicações da Cronobiologia na organização do trabalho humano. In: CIPPOLA-NETO, J.; MARQUES, N.; MENNA-BARRETO, L.S. **Introdução ao estudo da Cronobiologia**. São Paulo: Ícone, 1988.

FRANCO, E. M. O cotidiano de uma estudante de pós-graduação. In: PATRÍCIO, Z. M.; CASAGRANDE, J. L.; ARAÚJO, M. F. **Qualidade de vida do trabalhador**: uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas. Florianópolis: Ed. do Autor, 1999.

GAIGHER FILHO, Walter; MELO, Sebastião Iberes Lopes. **LER/DORT** – a psicossomatização no processo de surgimento e agravamento. São Paulo: LTr, 2001.

- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1995.
- GODOY, Arilda S. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. In: **Revista de Administração de Empresas**, v. 35, n. 3, p.20-29, mai./jun. 1995.
- GOFFMAN, E. **Estigma**: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.
- GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis-RJ: Editora Vozes, 1994.
- GRAVINA, Marcia Elena R. **LER - lesões por esforços repetitivos**: uma relexão sobre os aspectos psicossociais. São Paulo, 2002
- HUNTING, W, et al. Postural and visual loads at VDT work places I constrained postures; II lighting conditions and visual impairments. **Ergonomics**, London, v. 24, n. 12, p.917-44, 1981.
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2000**. Rio de Janeiro: IBGE, 2001.
- IZUMI, P.K. **O bancário e a exigência de uma nova qualificação**. São Paulo: EDUC, 1998.
- JODELET, D., Représentations sociales: un domain en expansion. In: JODELET, D. (Org). **Les Représentations Sociales**. Paris: Presses Universitaires de France, 1989.
- KANAANE, R. **Comportamento humano nas organizações**: o homem rumo ao Século XXI. São Paulo: Atlas, 1994.
- LACAZ, F.A.C. **Saúde do Trabalhador**: um estudo sobre as formações discursivas da academia, dos serviços e do movimento sindical. 1996. Tese de Doutorado. Campinas. Faculdade de Medicina UNICAMP, 1996.
- LAMAS, N. B. **Algumas considerações sobre as LER**. São Paulo: 1998. Disponível em: <<http://bradgolden.com.br>>. Acesso em: 11 out. 1998.
- LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde**. São Paulo: Hucitec, 1989.
- LIEBSCHER, Peter. Quantity with quality? Teaching quantitative and qualitative methods in a LIS Master's program. **Library Trends**, v. 46, n. 4, Spring, 1998.
- LÜDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. **A Pesquisa em educação**: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

LUZ, M. (Coord.) V **Seminário do projeto de Racionalidades Médicas**. Instituto de Medicina Social/ UERJ, Série estudos em saúde coletiva, n. 136, outubro de 1998.

MACIEL, Regina Heloísa. **Prevenção das LER/DORT: o que a ergonomia pode oferecer**. Fortaleza: 1995.

\_\_\_\_\_. **Prevenção das LER/DORT: o que a ergonomia pode oferecer**. São Paulo: Kingraf, 2000.

MADEIRA, M. C. Representações sociais e educação: importância teórico-metodológica de uma relação. In: MOREIRA, A. S. P. **Representações sociais: teoria e prática**. João Pessoa: Universitária, 2001.

MAEDA, K. Occupational cervicobrachial disorder and its causative factors. *Journal Human Ergology*, Tokio, v. 6, p.193-202, 1997.

MAENO, M. et al. **Diagnóstico, tratamento, reabilitação, prevenção e fisiopatologia das LER/DORT**. Brasília: Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, 2001.

MENDES, R.; DIAS, E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 5, p.341-349, 1991.

MENDES, R. **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Ed. Ateneu, 1995.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementariedade? **Cad. Saúde Pub.** Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p.239-262, jul./set., 1993.

MINAYO, M. C. S. **Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social**. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 19. Ed. Petrópolis: vozes, 2001.

\_\_\_\_\_. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. Ed. São Paulo – Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 2004.

MIRANDA, C. R. Lesões por esforços repetitivos – LER. In: MIRANDA, C. R. **Introdução à saúde no trabalho**. São Paulo: Atheneu, 1998.

MORIN, E. **O Problema Epistemológico da Complexidade**. Lisboa: Europa-América, 1983.

\_\_\_\_\_. **Idéias Contemporâneas**. Entrevistas do Le Monde. São Paulo: Ática, 1984.

MOSCOVICI, S.; MARKOVÁ, **Persenting social representations: A Conversation**. Culture e Psychology, 1998.

NEVES, Luis José. Mestrando do curso de Pós-Graduação em Administração de Empresas. **Caderno de Pesquisa em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 3, 1996.

OLIVEIRA, C. R. Lesões por esforços repetitivos (LER). **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 19, n. 73, abr./jun. 1991.

OLIVEIRA, C. R. et al. **Manual Prático de LER**. Belo Horizonte: Health, 1998.

OLIVEIRA, João Ricardo Gabriel. **A prática da ginástica laboral**. Rio de Janeiro: Sprint, 2002.

PATRÍCIO, Z. M.; CASAGRANDE, J. L.; ARAÚJO, M. F. **Qualidade de vida do trabalhador**: uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas. Florianópolis: Ed. do Autor, 1999.

PENNELLA, Isabela. **LER**: uma jornada de sofrimento. São Paulo: Universidade de São Paulo, 2000.

PEREIRA, D. C. CRIVELLARI, H. M. T. A concepção fabril numa empresa bancária. In: SILVA, R. A.; LEITE, M. de P. **Modernização tecnológica, relações de trabalho e práticas de resistência**. São Paulo: Iglu, 1991.

QUEIROZ, M. S.; CARRASCO, M. A. P. O doente de hanseníase em Campinas: uma perspectiva antropológica. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 11, p.479-490, 1995.

QUEIROZ, M. de S.; PUNTEL, M. A. **A endemia hansênica**: uma perspectiva multidisciplinar. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1997.

RIO, Rodrigo Pires do et al. **LER – ciência e lei**. Belo Horizonte: Health, 1998.

RODRIGUES, A. C. **O Emprego Bancário no Brasil e a Dinâmica Setorial** (1990 a 1997). Dissertação (Mestrado em Economia), São Paulo, PUC, 1999.

ROMANELLI, G. **O provisório definitivo**: trabalho e aspirações de bancários de São Paulo. Dissertação (Mestrado), Departamento de Ciências Sociais da FFLCH/USP, São Paulo, 1978.

SANTOS, Hanacayra Alves; BUENO, Márcio André. **A Questão da LER/DORT no sexo feminino**. 2002. 75p. Monografia (Especialização em Medicina do Trabalho) – Sociedade Universitária Estácio de Sá, Campo Grande, 2002.

SCHLAEPFER, Carlos Frederico; OROFINO, Francisco Rodrigues; MAZZAROLO, Isidoro. **A Bíblia**. Introdução historiográfica e literária. Petrópolis: Vozes, 2004.

SEEBMA – Sindicato dos Bancários do Maranhão. **LER/DORT**. Disponível em: <www..seebma.org.br>. Acesso em: 15 mai. 2007.

SEGUININI, L. **Bradesco: a liturgia do poder**. São Paulo. EDUC/SEEBS, 1998.

SILVA, R. A.; LEITE, M. de P. **Modernização tecnológica, relações de trabalho e práticas de resistência**. São Paulo: Iglu, 1991.

SILVA, Flávia Pietá Paulo da. Burnot: um desafio à saúde do trabalhador. **PSI - Revista de Psicologia Social e Institucional**, Universidade Estadual de Londrina. Disponível em: <<http://www2.uel.br/ccb/psicologia/revista/textov2n15.htm>>. Acesso em: 20 jun. 2006.

TATAGIBA, Maria Carmem; FILARTIGA, Virgínea. **Vivendo e aprendendo com grupos**. Rio de Janeiro: DP & A, 2001.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 1995.

UCHÔA, E.; VIDAL, J. M. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e doenças. **Caderno Saúde Pública**, v. 10, n. 4, p.497-504, out./dez. 1994.

URURAHY, Gilberto; CRISTINA, Ana. Sofrimento invisível. **Revista Proteção**, Nova Hamburgo, p.22-28, jan. 1998.

VELOSO, Ellen Crysthie C.; MENDONÇA, Márcia Andrés. **A qualidade de vida dos trabalhadores em digitação nos serviços bancários: uma abordagem terapêutica ocupacional a partir da biomecânica**. São Luís: Monografia CEST, 2002.

VERTHEIN, M. LER: o referencial da subjetividade na doença profissional'. **Anuário de Subjetividade e Política**. LASP/ UFF. N. 3 / 4, p.111-122, 1997.

## APÊNDICES

## APÊNDICE A – Roteiro de entrevista com os bancários

Nome: \_\_\_\_\_

Idade: \_\_\_\_\_ anos Sexo: \_\_\_\_\_

Estado Civil: ( ) Soteiro (a) ( ) Casado (a) ( ) Divorciado (a) Separado (a)  
( ) Viúvo (a)

Etnia (raça/cor): Branca ( ) Parda ( ) Preta ( ) Indígena ( )

Formação: ( ) Nível médio ( ) Nível Superior Incompleto

Qual o curso? \_\_\_\_\_

( ) Nível Superior Completo Qual o curso? \_\_\_\_\_

( ) Pós-Graduação: ( ) Especialização

( ) Mestrado

( ) Doutorado

Banco(s) em que atuou: \_\_\_\_\_

Tempo de serviço : \_\_\_\_\_

### **As percepções sobre as LER/DORT**

- O que você sabe sobre as LER/DORT (Lesões por Esforços Repetitivos/ Distúrbios Osteomulculares Relacionados ao Trabalho)?
- Como você analisa o aparecimento da sua doença, ou seja, quais foram os determinantes causais?
- Quais conseqüências que o seu processo de adoecimento trouxe para sua vida?
- Quais formas você utilizou para enfrentar essa nova realidade (problemas)?
- Para você, como o bancário poderia contribuir para o processo de prevenção dessa doença?
- Você gostaria de dizer mais alguma coisa sobre as LER/DORT? Deixar algum recado sobre o que conversamos?

## APÊNDICE B – Consentimento Informativo Individual

Eu, \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ anos, residente e domiciliado (a) à \_\_\_\_\_, no Estado \_\_\_\_\_, Brasil, fui convidado (a) a participar da pesquisa **“DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO: PERCEPÇÃO DOS TRABALHADORES DAS INSTITUIÇÕES BANCÁRIAS DE SÃO LUÍS (MA)”**, desenvolvido pela pesquisadora Alexsandra Rejane dos Santos Aragão Maciel do Mestrado em Saúde e Ambiente, da Universidade Federal do Maranhão, e autorizo a minha inclusão. Afirmando ter consciência sobre o objetivo geral do trabalho, a saber, identificar as percepções sobre as LER/DORT. Sei, também, que serão realizadas entrevistas e aplicação de questionário.

Fui informado (a) sobre o desejo dos pesquisadores em contribuir para um melhor entendimento sobre o assunto em questão e em fornecer elementos para o desenvolvimento de políticas públicas de prevenção das LER/DORT para o ambiente bancário.

Existe um compromisso da autora do trabalho quanto à confidencialidade das respostas por mim oferecidas. Terei oportunidade de realizar qualquer pergunta, bem como ouvir a gravação no final e fazer as mudanças que achar necessária.

Declaro, também, estar consciente do meu direito de cancelar esta autorização.

São Luís, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2006.

---

## APÊNDICE C - Parecer Consubstanciado



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO  
COMITÊ ÉTICA EM PESQUISA

## PARECER CONSUBSTANCIADO

Parecer Nº. 208/05

Pesquisador (a) Responsável: **Raimundo Antonio da Silva.**

Equipe executora: **Alexsandra Rejane dos Santos Aragão Maciel.**

Tipo de Pesquisa: **Mestrado.**

Registro do CEP: **211/05** Processo Nº. **33104-1288/2005**

Instituição onde será desenvolvido: **Sindicato dos empregados em estabelecimento bancários do Estado do Maranhão.**

Grupo: **III**

Situação: **APROVADO**

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão analisou na sessão do dia 19.09.2005 o processo Nº. 33104-1288/2005, referente ao projeto de pesquisa: “Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho: percepção dos trabalhadores das instituições bancárias de São Luís-MA”, tendo como pesquisador responsável **Raimundo Antonio da Silva**, cujo objetivo é “Estudar as percepções dos bancários portadores de LER/DORT da cidade de São Luís (MA) sobre a história de sua vida funcional e do seu processo de adoecimento”.

Tendo apresentado pendências na época de sua primeira avaliação, veio em tempo hábil a supri-la adequada e satisfatoriamente, de acordo com as exigências das Resoluções que regem esse Comitê.

Assim, mediante a importância social e científica que o projeto apresenta, a sua aplicabilidade e conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto classificando-o como **APROVADO**, pois o mesmo atende aos requisitos fundamentais da Resolução 196/96 e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS.

Solicita-se ao pesquisador o envio a este CEP, de relatórios parciais sempre quando houver alguma alteração no projeto, bem como o relatório final gravado em CD-ROM.

São Luis, 11 de outubro de 2005.

  
**Wildoberto Ayala Batista Gurgel**  
Coordenador do CEP-HUUFMA  
*Ethica homini habitat est*

Comitê de Ética em Pesquisa  
do Hospital Universitário da UFMA  
aprovado em reunião de:

11/10/05.

**Hospital Universitário da Universidade Federal do Maranhão**

Rua Barão de Itapary, 227 Centro C.E.P. 65. 020-070 São Luís – Maranhão Tel: (98) 3219-1223

E-mail cep@huufma.br