

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas
Departamento de Pós-Graduação em Sociologia

ISABELA PENNELLA

LER: Uma Jornada de Sofrimento no Trabalho Bancário

Dissertação apresentada
para conclusão de
mestrado em Sociologia à
Comissão Julgadora

Orientadora: Maria Célia Machado Pinheiro Paoli

2000

BANCA EXAMINADORA:

Glauco Truzzi Arbix - Departamento de Sociologia – FFLCH

Maria Célia Pinheiro Machado - Orientadora

Leny Sato – Departamento de Psicologia Social - IP

Para Flávio

leitor dos meus olhos e do meu coração

À memória de meu pai

AGRADECIMENTOS	
RESUMO	
INTRODUÇÃO.....	1
CAP. I –O TRABALHO E A RELAÇÃO SAÚDE-DOENÇA	
1. Os significados do trabalho.....	24
2. A relação saúde-doença.....	33
CAP. II –TRANSFORMAÇÕES NO TRABALHO BANCÁRIO	
1. A reestruturação produtiva nos bancos.....	44
2. Transformações no perfil bancário.....	58
3. O trabalho bancário nas agências: gerentes e caixas.....	74
CAP. III –AS LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS NO TRABALHO BANCÁRIO	
1. As Lesões por Esforços Repetitivos –Considerações Históricas.....	83
2. O banco doente.....	93
3. O caminho das pedras da burocracia.....	103
4. Causas e conseqüências.....	110
CAP. IV –AS REPRESENTAÇÕES SOBRE A RELAÇÃO SAÚDE-DOENÇA	
1. Os estigmas do adoecimento.....	119
2. Negação e ocultação da doença.....	121
3. Representações sobre sofrimentos e perdas.....	128
4. Uma doença invisível.....	135
5. Processos e práticas de descrédito.....	139
6. Representações sobre os desencontros da burocracia.....	151
7. O afastamento e o retorno ao trabalho.....	158
CONCLUSÕES.....	173
BIBLIOGRAFIA.....	181

AGRADECIMENTOS

A conclusão de um trabalho jamais é somente o resultado de um esforço individual. Apesar de, em muitos momentos, ser solitário, ele representa a união de muitas forças: amizade, companheirismo, amor e profissionalismo.

A Profa. Dr. Maria Célia Machado Pinheiro Paoli, minha orientadora, pessoa de qualidades intelectuais e pessoais ímpares, pelo apoio nos momentos críticos e pela confiança que sempre me dedicou.

Ao Prof. Dr. Glauco Truzzi Arbix, pelos conselhos, comentários e críticas valiosas feitas no Exame de Qualificação, que foram vitais para os rumos tomados por esse trabalho.

Ao Prof. Dr. Iram Jácome Rodrigues, primeiro incentivador deste trabalho e responsável pelos meus primeiros contatos com a Sociologia do Trabalho.

Ao José Francisco Greco, pelo apoio, sugestões, críticas e comentários que foram de extrema valia na confecção deste trabalho. Além disso, ele é uma das pessoas mais incentivadoras à discussão acadêmica.

A Eliane Sebeika Rapchan e Alexandre Locci pelo incentivo e conforto em alguns dos momentos mais estressantes da vida pessoal e acadêmica.

Ao Dermi Azevedo, jornalista e ativista dos Direitos Humanos. O Dermi é um exemplo de pessoa democrática pela sua dedicação a

causas difíceis e necessárias. Suas atitudes e posições pessoais e políticas foram grande apoio pessoal e intelectual ao longo destes anos.

A Vanderli Maria da Silva pelas críticas e comentários às versões preliminares desta dissertação e pelo seu apoio em situações de grande dúvida intelectual.

Ao Flávio Rocha de Oliveira, pela ética, amor, companheirismo e paciência. Em muitos momentos, seus “chacoalhões” me fizeram persistir no alcance de meus sonhos e objetivos. As discussões, leituras e críticas perspicazes foram imprescindíveis para a conclusão desse trabalho. Sua presença constante ao meu lado e sua paixão foram a força necessária para continuar minha trajetória.

A Arlete Fonseca de Andrade, grande amiga e incentivadora, pelas conversas e comentários acerca de temas comuns a esta dissertação e pelas valiosas indicações bibliográficas. Mas, além de sua amizade sincera, meu agradecimento é por me contagiar com sua alegria, brilho e vida que me deram força para persistir nos piores momentos.

A Marta, pelas discussões e questionamentos.

Ao Enio Passiani, pela amizade e pelo apoio durante esses anos. O Enio é uma das pessoas com o melhor senso de humor que eu já conheci. Essa característica aliada à sua inteligência foram grandes motivos de incentivo.

Ao CNPq, pelo apoio financeiro.

À Maria Antonia Cestone Pennella, minha mãe, amiga e companheira de todas as horas, por ser a fortaleza que me ampara. Sua história de imigrante me ensinou o valor do trabalho, a lutar pela vida, valorizar cada conquista e a aprender com as dificuldades.

Aos meus irmãos, cunhadas e sobrinhos, pelo apoio, carinho e momentos de descontração.

À Kátia Cibelle Machado Pirotta, pela amizade, incentivo e apoio afetivo ao longo dos anos. Sua leitura atenta do projeto desta dissertação e as ricas discussões teóricas e metodológicas estão presentes ao longo desse trabalho.

À Secretaria do Departamento de Sociologia, nas pessoas da Isabel, Samara e Sônia, pela paciência, atenção e prontidão com que sempre me atenderam.

Ao Antonio, da Livraria Loyola, pelo profissionalismo, pela prontidão em encontrar obras praticamente impossíveis e pelo carinho e respeito que sempre me dispensou no seu atendimento.

A André Pomorski Lorente, pela revisão cuidadosa do texto.

A Sônia de Castro e ao Caraça por dividirem suas experiências e conhecimentos a respeito do Banco e das LER.

Aos entrevistados, por dispor de um tempo valioso e por dividir comigo suas histórias. Com certeza, eles contribuíram para a mudança de muitos de meus pressupostos teóricos, além de serem responsáveis por algumas transformações pessoais.

RESUMO

O objetivo desta dissertação é analisar as representações sociais presentes nos discursos de bancários adoecidos pelo trabalho. A hipótese básica sustenta que a relação saúde-trabalho-adoecimento contribui para a desconstrução/construção da identidade do trabalhador, à medida em que as relações sociais são transformadas por uma nova realidade mediatizada pela doença.

As transformações trazidas pela reestruturação produtiva no setor e a conseqüente mudança no perfil bancário constituem o contexto econômico e social que contribuem para o adoecimento, afetando a subjetividade do trabalhador e as formas de sociabilidade, tendo em vista as perdas dos referenciais de identidade, espaço e tempo.

Conclui-se que o adoecer, além de proporcionar a construção de novas identidades, constitui-se num processo de aprendizado, dinâmico e complexo, que consiste em assimilar e produzir conhecimentos e formas de ação.

ABSTRACT

The objective of this work is to analyse the social representations produced by bank tellers made sick at work. The basic hypothesis argues that the relation between health-work-sickness contributes for disconstruction/construction of workers identity, if we think that social relations are transformed by a new reality mediate by sickness.

The productive restructuring of the financial sector has changed the characteristics of the bank tellers, and these points form the social and economic context that contribute for the sickness. They affect their subjectivity and sociability, because they lose their identity, space and time references.

We conclude that: to become ill, beyond the possibilities to construct new identities, is a learning process, dynamic and complex, depends on assimilate and product knowledge and action forms.

INTRODUÇÃO

A Sociologia do Trabalho tem se preocupado em analisar as características e as mudanças no mundo do trabalho e quais suas conseqüências para a classe trabalhadora: ora enfocando a reestruturação produtiva; ora as novas formas de gestão; ora as estratégias e formas de resistência da classe trabalhadora; ora a contribuição da organização do trabalho para o desenvolvimento do capitalismo e a reprodução e manutenção da alienação, entre outros temas. As mudanças econômicas, sociais e tecnológicas, pelas quais tem passado a nossa sociedade nas últimas décadas, têm chamado a atenção para os rumos e os sentidos que o trabalho vem tomando.

Offe (1989:5-20) questionou o paradigma da centralidade da categoria trabalho para as análises sociológicas, apresentando uma série de pesquisas em outras linhas (vida cotidiana, ideologias nacionais, comportamento eleitoral, entre outros) que também contribuem para determinar a consciência e a ação social. Entretanto, coloca-se em dúvida essa questão quando se quer avaliar os aspectos subjetivos relativos ao trabalho, ou seja, quais os significados que ele assume e que influenciam o modo de vida e a consciência em geral. Acredita-se que os valores modernos do trabalho são importantes para a organização da vida social, tendo em vista que ocupam grande parte da estrutura temporal das pessoas e, por conseguinte, de sua biografia. O autor

argumenta que o tempo dedicado ao trabalho vem declinando consideravelmente, aumentando o tempo livre. Entretanto, as mudanças trazidas pelas novas formas de gestão e pela reestruturação produtiva exigem um novo profissional, atualizado, com visão generalista, o que faz com que as pessoas utilizem seu tempo livre para a realização de cursos de atualização voltados para o trabalho. Este estudo, por outro lado, mostrará como a reestruturação produtiva ocorrida no setor bancário, ao reduzir o número de trabalhadores, aumentou a jornada de trabalho, contribuindo também para a redução do tempo livre.

Dessa forma, apesar de estar sob constante transformação organizacional e tecnológica, as discussões sobre a natureza, necessidade e continuidade do trabalho ainda geram importantes questões. Quais os significados que o trabalho possui atualmente, diante desse mundo em constante transformação? Como a privação do trabalho, causada pelo adoecimento, traz à tona uma subjetividade permeada pela ética do trabalho? Como o trabalho pode ser fonte tanto de saúde como de doenças? Quais as causas do adoecimento? Como o adoecimento desconstrói a identidade firmada pelo trabalhador durante anos, e contribui para a construção de uma nova identidade?

O início desse questionamento sobre a relação saúde-trabalho-doença e sobre a sua subjetividade emergente ocorreu ainda no período da graduação. Nesta época, vários colegas prestaram concursos em bancos a fim de encontrar um trabalho que lhes permitissem cursar a faculdade, e o banco surgiu como uma boa alternativa: além de salários razoáveis e dos benefícios, era um trabalho de seis horas, o que lhes permitiria dedicar mais atenção aos estudos. Com o passar do tempo, essas pessoas foram adoecendo e a vivência desse período fez aflorar um grande sofrimento ocasionado pela privação do trabalho. O que as fazia sofrer tanto? Eram pessoas com grande capacidade crítica, para quem o trabalho em banco não era um fim, mas um meio para concluir o curso superior. E que doença era essa, invisível aos olhos, que invadia um ambiente de trabalho até então considerado saudável e limpo, como era o trabalho bancário?

Partindo dessas questões, iniciaram-se a procura de informações sobre essa doença, conhecida pelo nome genérico de LER (Lesões por Esforços Repetitivos), e qual o seu impacto no setor bancário. Essa busca deparou-se com várias opiniões, muitas vezes conflitantes, o que demonstrou a importância de se realizar tal investigação. Tornou-se necessário saber qual a dimensão dessa doença no Brasil; entretanto, não havia (e ainda não há) nenhum controle sobre essas informações.

Se, como é sabido, a subnotificação¹ é um fato comprovado em relação aos acidentes típicos - que são visíveis e socialmente aceitos - o que não dizer desse tipo de doença, marcada pelo seu caráter de invisibilidade e de difícil aceitação social? A procura de dados no Sindicato dos Bancários mostrou-se ineficiente, pois as informações ali agrupadas eram muito esparsas e pouco confiáveis. Os dados disponíveis, no início desta pesquisa, eram relativos somente a algumas agências bancárias e alguns estados da Federação, como Minas Gerais, Rio de Janeiro e Rio Grande do Sul, sendo necessário buscar informações em grupos de estudos multidisciplinares e organizações voltadas a pesquisas e ações estratégicas na área da saúde dos trabalhadores².

Entretanto, com o avanço das LER, diversas instituições passaram a investigá-las, principalmente tendo em vista as perdas - sociais e econômicas - que traziam consigo. Atualmente, sabemos que os casos de LER são a segunda causa de afastamento do trabalho no Brasil³. Nos

¹ A subnotificação de casos de acidentes de trabalho e doenças profissionais significa que os casos notificados ao INSS não representam o número real, pois as empresas e os acidentados relutam em comunicar os acidentes, dificultando ações preventivas.

² Como, por exemplo, os grupos de estudo do Programa de Saúde do Trabalhador da Zona Norte, que não somente realizavam atendimentos médicos a bancários lesionados, como também estruturaram uma pequena pesquisa baseada nos atendimentos ali realizados.

³ Segundo dados do INSS (Fonte: Instituto Nacional de Prevenção às LER/DORT).

últimos cinco anos, foi a causa da emissão de 532.434 Comunicações de Acidentes de Trabalho. Segundo a Organização Mundial de Saúde, somente na Região Sudeste, 1 em cada 100 trabalhadores é portador de LER. Tornou-se um grave problema social e de saúde pública, por atingir uma camada da população no auge de sua produtividade e experiência profissional, uma vez que sua maior incidência ocorre na faixa etária entre 30 e 40 anos. Uma população tão jovem sendo privada do trabalho gera custos muito altos. Os acidentes de trabalho e doenças profissionais no Brasil custam para as empresas cerca de R\$ 12,5 bilhões/ano (incluídos os custos segurados e os não-segurados); as famílias gastam com os acidentados e lesionados (incluídas acomodações, tratamentos, perda de horas de trabalho para acompanhamento, etc.) R\$ 2,5 bilhões/ano. Somando esses custos aos do Estado, com aposentadorias, benefícios, indenizações e tratamento médico, chega-se a um total de R\$ 20 bilhões por ano gastos com acidentes e doenças do trabalho no Brasil. No primeiro ano de afastamento do funcionário, as empresas gastam cerca de R\$89.000,00 com encargos sociais e pagamentos de trabalhador temporário para substituir o acidentado ou adoecido⁴.

⁴ Pesquisa realizada por José Pastore e analisada no Programa Nacional de Prevenção às LER/DORT - Instituto Nacional de Prevenção às LER/DORT.

Outro aspecto importante a ser ressaltado é relativo às causas das LER. Num primeiro momento, acreditou-se que elas estavam relacionadas exclusivamente à repetitividade de movimentos, característica de uma organização taylorista-fordista. Todavia, após análise do modo como o trabalho bancário estava organizado, percebeu-se que a reestruturação produtiva havia causado profundas mudanças, com grande número de fusões, demissões, transformações do perfil do bancário e de suas qualificações, grandes investimentos em tecnologia, ou seja, encontrou-se uma realidade extremamente dinâmica, cuja influência nesse tipo de adoecimento era marcante e, portanto, deveria ser considerada e analisada.

Deste modo, esse estudo orientou-se no sentido de analisar como essa forma de adoecimento, particular e individual, é capaz de produzir representações socialmente compartilhadas sobre os significados do trabalho, alienação, processos de exclusão, de invalidação dos discursos sobre as doenças e estigmas do adoecimento. A análise das representações sociais produzidas aqui procura provar como a relação saúde-trabalho-adoecimento contribui para a desconstrução/construção da identidade do trabalhador, à medida em que as relações estabelecidas normalmente com outros grupos também eram afetadas e alteradas por uma nova realidade mediatizada pela doença. Todo o

processo relativo ao adoecimento do trabalhador revela que não é apenas o indivíduo que adocece, mas todo o sistema a ele relacionado.

As transformações ocorridas no trabalho bancário tiveram grande impacto sobre as condições de vida dos trabalhadores. O estudo das representações sociais geradas nesse processo aponta para uma série de categorias sociológicas passíveis de serem analisadas: pelo ponto de vista dos conteúdos estruturados nos discursos. Tais categorias são apresentadas ligadas umas às outras e nos mostram de que maneira o trabalho, como lugar e tempo de vivências individuais e coletivas, é repleto de investimentos simbólicos, culturais e psicológicos.

No que se refere ao processo de adoecimento no trabalho, as representações sociais revelam como a investigação de um caso específico - bancários lesionados - gera representações sobre diversos campos de análise: questões de gênero, pertencimento à sociedade, vida baseada no trabalho, desestruturação familiar, crenças, ética do trabalho, entre outros temas. Entretanto, os produtos de uma representação social estão sempre relacionados às condições que propiciaram sua produção; portanto, a análise de seu conteúdo deve referir-se aos fatores que determinaram a estruturação de um campo de representações.

Entendemos o conceito de *representações sociais*, segundo Jodelet, como “uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, tendo uma visão prática e concorrendo para a construção de uma realidade comum a um conjunto social” (apud Sá, 1995:32). As representações sociais podem ser entendidas como a maneira como os indivíduos reproduzem as lembranças contidas em seus pensamentos. Tais lembranças sofrem uma forte influência do coletivo. Para a Sociologia, as representações aparecem como categorias que buscam explicar ou justificar a realidade de um modo questionador. Seu olhar é centrado na relação sujeito/objeto, o que torna possível analisar como o sujeito constrói o seu mundo e a si próprio pelo modo como interage com o social.

Na Sociologia, essas representações estão estreitamente ligadas aos conceitos de sujeito e subjetividade, o que gera um paradoxo: ora o sujeito é apresentado como alguém que pensa e age de maneira autônoma, ora como um ser sujeitado e recipiente passivo de pensamentos externos. Em algumas análises, a subjetividade é tida como parte da natureza humana e também construída socialmente de diferentes formas, em cada sociedade.

Berger e Luckmann (1985) procuraram articular o pensamento de Durkheim, Marx e Weber, com o objetivo de sistematizar teoricamente

o campo de atuação da Sociologia do Conhecimento, contribuindo para o avanço na compreensão do conhecimento do senso comum. Segundo os autores, a realidade é construída socialmente e a sociologia deveria tratar dos vários tipos de conhecimento presentes nas sociedades e analisar os processos intrínsecos que lhes dão esse *status*.

Assim, o conhecimento do senso comum assume grande importância. Ele é baseado na forma como os homens constroem sua realidade na vida cotidiana, por meio de seu arcabouço de conhecimento. A realidade, vista como um conjunto de fenômenos que ocorrem independente da vontade dos indivíduos, é “interpretada pelos homens e subjetivamente dotada de sentido para eles na medida em que forma um mundo coerente” (Berger e Luckmann, 1985: 35). Portanto, o mundo da vida cotidiana é uma realidade tomada como certa pelos seus membros e também é um mundo construído pelo pensamento e pela ação humana. A partir de então, esse mundo é tomado como real.

A consciência apreende o mundo por meio de várias realidades, e a realidade por excelência é a da vida cotidiana. Tal realidade é objetivada pela linguagem e, também, subjetivada à medida em que um indivíduo participa dela junto com outros indivíduos, comunicativa e interativamente. Por conseguinte, a realidade é um mundo de

significados partilhados e compartilhados, que contribuem para a construção de uma biografia. A ordenação da consciência por meio do tempo é outro elemento constitutivo da biografia de cada indivíduo (Idem:200-212). Como o padrão temporal é percebido intersubjetivamente, para todo indivíduo o tempo torna-se finito e, portanto, seus projetos de vida devem levar em conta esse fato.

A interação face a face é o momento em que um mundo de significados é partilhado. As atitudes de um são orientadas pelas de outro e, a partir daí, cada participante dessa interação é capaz de refletir sobre sua própria identidade. Nesta interação, o outro é apreendido por meio de tipos que podem generalizar-se para várias categorias. Por exemplo, podemos explicar o comportamento de certa pessoa pela sua nacionalidade, profissão, religião, etc. A construção de uma tipificação é baseada na experiência: uma pessoa pode ser mais ou menos anônima de acordo com o grau de importância que lhe é atribuído.

Além das tipificações resultantes da interação face a face, a linguagem é outro importante componente para a estruturação da vida cotidiana. É por meio dela que se constrói um mundo comum; porém, ele só se torna possível por intermédio dos significados subjetivos que lhe são atribuídos e, posteriormente, compartilhados pelos indivíduos. A apreensão dos significados presentes na linguagem é essencial para a

compreensão da realidade na vida cotidiana⁵. O conhecimento de cada um sobre essa realidade limita-se à sua rotina e aos seus interesses. Quando a normalidade é quebrada (como ocorre com o adoecimento que priva alguém do trabalho), o indivíduo deve partir em busca de novos conhecimentos que lhe permitam transitar nessa nova realidade.

Portanto, a identidade de cada um é construída tanto subjetiva quanto objetivamente pela sociedade. A experiência subjetiva é permeada pela relação que o homem estabelece com seu corpo e pelos produtos sociais conseqüentes dessa relação. Segundo os autores, “embora seja possível dizer que o homem tem uma natureza, é mais significativo dizer que o homem constrói sua própria natureza, ou, mais simplesmente, que o homem se produz a si mesmo” (Idem: 72).

A relação estabelecida entre os homens e entre eles e o mundo social é objetivada pelas instituições, as quais têm por função manter uma ordem social. A institucionalização da atividade humana se dá quando uma ação se torna habitual e o indivíduo é capaz de lhe atribuir um sentido, que passa a fazer parte de seu acervo de conhecimento sobre a realidade. Dessa forma, as instituições estabelecem padrões de conduta e controlam as ações. À medida em que as instituições são

⁵ “A linguagem constrói, então, imensos edifícios de representação simbólica que parecem elevar-se sobre a realidade da vida cotidiana como gigantescas presenças de um outro mundo” (Berger e Luckmann, 1985:61).

partilhadas por um número maior de pessoas, adquirem historicidade e objetividade; são experimentadas como uma realidade exterior aos indivíduos e dotadas de poder coercitivo. E é aqui que se estabelece o caráter dialético na constituição social do mundo: o homem, ao mesmo tempo em que é produtor, torna-se produto da realidade.

É por meio dos papéis exercidos por cada indivíduo na sociedade que se dá essa dialética. Esses papéis, na forma de tipificações de formas de ação e conjunto de conhecimentos partilhados por uma coletividade, contribuem para a institucionalização do mundo. A partir do momento em que são interiorizados, o indivíduo passa a fazer parte da sociedade, e o mundo torna-se subjetivamente real.

As ligações entre papéis possibilitam a existência contínua das instituições, que, a partir de sua integração num todo coerente, são capazes de dar sentido ao mundo e introduzirem os indivíduos em um acervo de conhecimentos socialmente objetivados. Para os autores, a análise dos papéis deve ser feita partindo-se de dois pontos de vista, que irão confirmar a dialética essencial da sociedade: de um lado, diz que “a ordem institucional é real apenas na medida em que é *realizada* em papéis executados e que, por outro lado, os papéis são representativos de uma ordem institucional que define seu caráter

(incluindo seus apêndices de conhecimentos) e da qual derivam o sentido objetivo que possuem.” (Idem:109).

A articulação de papéis para a objetivação das instituições contribuem para a legitimação de um universo simbólico⁶ a ser compartilhado. Assim, a legitimação de uma ordem ou instituição faz com que a biografia de cada indivíduo seja dotada de um sentido que torne a realidade plausível subjetivamente. Tornar algo legítimo significa explicá-lo e justificá-lo, ou seja, tornar a realidade válida e justificar suas normas e valores. Ao construir uma biografia, pois, o universo simbólico legitimado assume o papel de dizer ao indivíduo não apenas o porquê de agir de uma determinada maneira, mas também o porquê das coisas serem como se apresentam. O indivíduo, ao construir uma identidade dentro de um universo simbólico legítimo, possui uma compreensão *sadia* de si mesmo, socialmente estável e reconhecida. Isto quer dizer que ele pode estar seguro *do que realmente é* ao desempenhar seus papéis sociais diariamente e ao interagir com outros indivíduos, que compartilham dos mesmos significados.

⁶ “O universo simbólico é concebido como a matriz de todos os significados socialmente objetivados e subjetivamente reais” (Idem: 132). Segundo os autores, para entendermos os significados de um universo simbólico, temos que compreender como ele foi produzido investigando seu caráter histórico.

Entretanto, o que acontece quando esta ordem e normalidade são quebradas ou ameaçadas? Segundo os autores, todo universo simbólico legitimado é passível de enfrentar o perigo da *dissidência*. A conduta dos dissidentes desafia a *normalidade* da realidade social e questiona as normas e padrões estabelecidos como certos. Nesse estudo, os dissidentes são representados pelos bancários lesionados, cuja presença nos ambientes de trabalho coloca em cheque a todo momento o caráter sadio do trabalho e abala uma série de rotinas e certezas acerca da normalidade do cotidiano. O dissidente sofre um processo de culpabilização e passa a querer ser introduzido novamente na “realidade objetiva do universo simbólico da sociedade”. Ao analisarmos as representações sobre o adoecimento no setor bancário, poderemos constatar esse processo de culpabilização e de ameaça a uma ordem estabelecida como normal.

Nesse sentido, as experiências pessoais permeiam toda análise das representações sociais como uma forma de compreender o mundo. No entanto, é necessário estabelecer uma diferenciação entre *experiência* e *conhecimento*, conforme proposto por Schutz (1979:60-76), em que o primeiro termo refere-se a um grande número de pessoas interagindo ao mesmo tempo, e o segundo consiste na elaboração individual, subjetiva e intersubjetiva da experiência vivida, que serve

de parâmetro para a ação do sujeito. Assim, o mundo da vida cotidiana é tecido por significados, construído pelas ações humanas e passível de interpretação.

De acordo com essa perspectiva, podemos afirmar que não existe uma realidade objetiva *a priori*⁷, mas que toda realidade é uma representação, reapropriada e reconstruída pelos atores sociais, integrada a seu sistema de valores, e depende da história e do contexto social e ideológico do qual faz parte. As representações sociais constituem um sistema de interpretação da realidade que irá orientar as ações e as relações sociais.

Assim, optou-se pela análise das representações sociais que permitem compreender, por meio dos discursos produzidos pelo senso comum, de que formas se dá a atribuição de significados ao trabalho e de que maneira as transformações ocorridas na identidade do bancário lesionado foram partilhadas coletivamente. Desse modo, centra-se o olhar na subjetividade desse trabalhador, sendo possível analisar como o sujeito constrói seu mundo e a si próprio por meio das interações estabelecidas com a sociedade.

⁷ Segundo SAWAIA (1995:75), as diversas perspectivas de análise relativas às representações sociais, apesar de sua abrangência, as apresentam como produtos das objetivações da subjetividade. Portanto, a realidade é um fenômeno humano e histórico “e o homem é um ser significante que age sobre o mundo e o interpreta, transformando-o, ao mesmo tempo

em que é impregnado de objetividade, que é a objetividade da práxis humana num arranjo social em que grupos lutam por se afirmar e dominar.”

A DISCUSSÃO METODOLÓGICA

Que critérios estabelecem a relevância da análise das representações sociais dos bancários sobre as Lesões por Esforços Repetitivos? De acordo com o exposto acima, podemos afirmar que as representações sociais referem-se a objetos e questões socialmente relevantes. Em todo grupo social existe um acervo de conhecimento sobre eventos e fenômenos da vida cotidiana consensualmente partilhados, porém nem todo conhecimento é passível de produzir representações sociais (WAGNER, 1994 e 1998; SPINK, 1994 e 1998; LANE, 1995).

Considera-se relevante um fenômeno social quando provoca uma mudança no padrão de comportamento de um grupo (Wagner,1998:18). No que se refere às doenças profissionais aqui analisadas, pode-se constatar que tal fenômeno representa uma ameaça à rotina dos não afetados, além de provocar uma série de alterações na vida dos adoecidos. Nesse sentido, a desestruturação do que é considerado normal cria condições para o conflito, fazendo com que os atores sociais tenham a necessidade de lidar com essa nova realidade por meio de um trabalho representacional.

Definido o caráter de relevância do objeto de estudo, a análise toma como parâmetro o caráter complexo das representações sociais, como *produto* e como *processo* (Spink, 1995:90-92). A análise das representações sociais sobre a doença no setor bancário, na qualidade de *produto*, procura depreender quais os seus elementos constitutivos, as informações e opiniões que estruturam os discursos e condicionam a sua produção; logo, a análise de tais representações deve ser balizada pelo contexto social do qual surge, circula e se transforma. Na qualidade de *processo*, procurou-se compreender quais os fatores sociais determinantes para a sua elaboração e transformação na interação social, levando-se em conta a posição ocupada pelos atores sociais. No entanto, produto e processo estão inevitavelmente imbricados nessa pesquisa.

O caráter complexo das representações sociais é permeado por um rico processo comunicativo, no qual há um espaço aberto para permanentes diálogos e discursos, tanto sobre pontos de vista compartilhados quanto divergentes.

Para acessar o conteúdo dessas representações, optou-se pela utilização de entrevistas gravadas, conduzidas a partir de um roteiro pré-estruturado. A opção de dar voz ao entrevistado permitiu a composição de um rico material sobre as transformações que as práticas

sociais dos bancários sofreram durante o período de adoecimento e sobre as condições de produção das representações da relação entre saúde e doença referidas ao trabalho.

Foram entrevistados 20 bancários lesionados, que exerceram a função de caixa, pertencentes a um mesmo banco (de controle estatal)⁸, com tempo de permanência em torno de 10 a 15 anos. Dos 20 entrevistados, 5 haviam aderido ao Plano de Demissões Voluntárias. Todos eles passaram pelo processo de reabilitação profissional, sendo encaminhados para exercer novas funções. As entrevistas tiveram duração média de 2 horas e, para sua análise, optou-se pelo anonimato, tendo em vista que não há uma grande variação etária e de gênero que influenciasse o resultado final. Os contatos iniciais foram realizados por intermédio da associação dos funcionários. Após as primeiras entrevistas, foi criada uma rede, em que cada entrevistado indicava outros bancários lesionados, permitindo uma desvinculação da associação.

Além das entrevistas, foi realizado um levantamento de dados sobre o contexto de reestruturação produtiva nos bancos: seu impacto na organização do trabalho, no emprego, no perfil da categoria, ritmos e

⁸ Optou-se pelo banco de controle estatal tanto pelo fato de ter sido um dos primeiros a ter denunciadas as condições de trabalho insalubres, quanto pelo histórico de organização de seus funcionários pelo reconhecimento das LER como doenças relativas ao trabalho.

jornada de trabalho; e sobre a doença: desenvolvimento histórico, principais características, estratégias de luta em busca de reconhecimento e garantias legais, os caminhos tortuosos da burocracia.

A análise das entrevistas obedeceu os seguintes passos (Spink, 1994:130): transcrição; leitura intercalada com a escuta, em que foi possível perceber as diversas contradições presentes nos discursos, o modo como o discurso foi organizado e os detalhes sutis, como risos, silêncios e hesitações, que indicaram a afetividade presente nessa construção. Na maioria das entrevistas, informações importantes foram dadas ao final, quando o gravador havia sido desligado. Muitas vezes, esse comportamento não estava relacionado ao constrangimento da gravação, mas ao processo de elaboração e reflexão durante a entrevista. Tratavam-se de fatos que haviam ocorrido mas não tinham sido relevantes naquele momento ou durante a entrevista. Desta maneira, torna-se claro que o processo da entrevista não é unilateral, mas provido de uma forte inter-relação entre pesquisador e entrevistado, os dois se influenciando mutuamente.

Os discursos foram mapeados e agrupados em grandes temas, de acordo com os objetivos da pesquisa. Neste ponto, pôde-se averiguar a complexidade dos discursos, pois emergiram vários outros temas relacionados ao tema principal, como a negação inicial da doença e os

estigmas carregados pelo adoecido. Torna-se necessário ressaltar que a divisão das representações em grupos temáticos não quer dizer que elas são organizadas de modo linear e excludente. Todos os temas surgidos nos discursos constituem um múltiplo de vozes, no qual o indivíduo constrói sua identidade por meio da interligação de seus vários fios, isto é, as experiências são vivenciadas tanto de modo individual quanto social, por meio de um processo dinâmico de trocas mútuas.

A fim de alcançar os objetivos propostos, dividiu-se este trabalho da seguinte maneira: no Capítulo I, procuramos analisar a relação entre saúde, trabalho e doença, partindo dos significados atribuídos ao trabalho e dos valores que a ele foram sendo relacionados pela sociedade historicamente. Não é nossa intenção esgotar esse assunto, mesmo porque já foram realizados diversos estudos e análises profundas com esse objetivo; entretanto, foi necessário introduzir essa questão a fim de analisarmos sua relação com o binômio saúde-doença.

O Capítulo II irá tratar do processo de reestruturação produtiva sofrida pelos bancos nos últimos dez anos. Conforme dissemos anteriormente, a investigação sobre o modo como o trabalho bancário está organizado tornou-se necessária, tendo em vista as profundas transformações pelas quais está passando e sua estreita ligação com o processo de adoecimento do bancário.

O desenvolvimento das Lesões por Esforços Repetitivos no trabalho bancário será analisado no Capítulo III, no qual serão apresentados o histórico da doença, seu surgimento e desenvolvimento nos bancos, como ocorreram as primeiras formas de resistência dos funcionários, que contribuíram para o reconhecimento da doença e para o estabelecimento de uma série de garantias legais, qual o caminho tortuoso da burocracia, quais as causas e conseqüências das LER.

O Capítulo IV trata do estigma que acompanha o bancário lesionado em todo o processo de adoecimento, desde os primeiros sintomas. Neste capítulo, iremos investigar quais são esses estigmas por meio da fala dos lesionados. A análise dos discursos permite que surja uma série de representações sobre os significados do trabalho, da saúde e da doença.

CAPÍTULO I

O TRABALHO E A RELAÇÃO

SAÚDE-DOENÇA

1. Os significados do trabalho

Esse estudo trata dos vínculos existentes entre saúde/trabalho/adoecimento, quais as representações de um grupo de indivíduos adoecidos sobre o trabalho e suas transformações e como esse processo contribuiu para a desconstrução e construção de suas identidades. Para isso, é necessário conhecer os significados que o trabalho assume em nossa sociedade.

Historicamente, o trabalho possuiu diversos significados e sua análise tem interessado a vários filósofos e cientistas sociais (Friedmann, 1983; Friedmann & Naville, 1973; Casey, 1995; Weber, 1987; Marx, 1998; Arendt, 1995; Offe, 1989; Gorz, 1989). Arendt (1995) nos mostra que, apesar de serem usadas como sinônimas, há uma diferença importante entre as palavras *labor* e *trabalho*. “Labor” possui uma conotação de dor e luta do homem contra a necessidade, enquanto “trabalho” é relacionado ao esforço positivo e à produção.

Na Grécia Antiga, não havia distinção entre labor e trabalho, pois todo trabalho era destinado aos escravos e mulheres e visto como penoso e humilhante, que degradava as mentes e impedia que os homens demonstrassem suas virtudes⁹. Os gregos acreditavam que os

⁹ Para Aristóteles, as ocupações mais mesquinhas eram aquelas que promoviam o desgaste do corpo (apud Arendt, 1995:92).

seres humanos sujeitados às necessidades da vida não eram livres, mas escravos dessas necessidades. Por esse motivo, a escravidão, nessa época, não consistiu em uma forma de obter mão-de-obra barata, mas sim como uma tentativa de excluir o labor das condições de vida, tornando o homem livre para exercer a política e a cidadania. Aqueles que trabalhavam para atender às suas necessidades eram marginalizados da vida social e tinham negados os privilégios do exercício da cidadania.

Para a tradição judaico-cristã, o trabalho era considerado como bênção de Deus e por meio dele, o homem deveria sentir a satisfação de estar vivo e seria capaz de deixar sua marca permanente no mundo, como um legado a todas as suas gerações vindouras. Nesse sentido, o trabalho ligava os seres humanos à fertilidade, à produtividade e aos ritmos da natureza. Os ritmos naturais de esforço, gratificação, produção e consumo eram fontes de prazer e felicidade. De acordo com Arendt (1995:118-119), “a recompensa das fadigas está na fertilidade da natureza, na tranqüila certeza de que aquele que cumpriu sua parte de ‘fadigas e penas’ permanecerá como parte da natureza no futuro de seus filhos e nos filhos de seus filhos.”

A interpretação corrente do Velho Testamento entende que Deus, ao expulsá-lo do paraíso, condenou o homem ao trabalho. Mas, segundo

Arendt (1995:119), Deus apenas tornou o trabalho penoso e árduo. No paraíso, o homem devia cultivar e guardar o jardim das delícias. A autora demonstra que a palavra cultivar foi sendo transformada e passou a ter a conotação de servir, sendo que “o serviço para o qual o homem havia sido criado tornava-se agora servidão” (idem). A partir de então, o trabalho passou a ser entendido como punição e sofrimento.

A Reforma Protestante trouxe um certo refinamento às idéias acerca do significado do trabalho. O pensamento luterano o compreendia como uma forma de servir a Deus. Assim, assumiu o caráter de “chamado divino” e caminho para a salvação. Para Calvino, era necessário que os homens agissem no mundo de maneira racional e metódica; portanto, o trabalho árduo e contínuo representava a possibilidade de salvação, mas não constituía uma certeza. A adaptação aos ritmos e demandas do trabalho exigia disciplina do corpo e também representava um benefício para a alma.

Arendt (1995:96) nos mostra que a era moderna não foi capaz de produzir uma teoria clara ao distinguir “o *animal laborans* e o *homo faber*, entre o labor de nosso corpo e o trabalho de nossas mãos”. Em vez disso, encontramos várias distinções para os diversos significados do trabalho: a distinção entre trabalho produtivo e improdutivo, entre trabalho qualificado e não qualificado e entre trabalho manual e

intelectual. Essas distinções foram elaboradas inicialmente por Adam Smith e, mais tarde, por Marx. Ambos consideraram o trabalho como fonte de toda propriedade, riqueza e valor; por conseguinte, a primeira distinção entre labor, como esforço físico para atender às necessidades da vida, e trabalho, como produção de objetos concretos, foi enfraquecida. Na era moderna, o trabalho tornou-se a mais estimada das atividades humanas. Para Marx, particularmente, o trabalho produz vida e, portanto, é a atividade essencial ao desenvolvimento humano e sua realização. Ele passou a ser visto como a capacidade humana de construir o mundo. O primeiro fato histórico, segundo o autor, é a produção dos meios para a satisfação das necessidades materiais dos seres humanos¹⁰. Para isso, eles deveriam interagir com a natureza e com outros indivíduos e, nesse processo, os homens recriam a si próprios. Assim, o trabalho constitui-se no processo de produção e reprodução da vida, e isso é, para o autor, a principal atividade humana.

Weber demonstrou que o Protestantismo e a teoria da salvação pelo trabalho, especialmente em sua vertente calvinista, encorajou o desenvolvimento do capitalismo. Essa afirmação baseia-se na idéia de

¹⁰ Segundo Marx (1998:23), para viver “é preciso antes de tudo beber, comer, morar, vestir-se e algumas outras coisas mais. O primeiro fato histórico é, portanto, a produção dos meios que permitem satisfazer essas necessidades, a produção da própria vida material”.

que o trabalho tornou-se um fim em si mesmo, e passou a ser encarado como um dever a ser executado metodicamente. Por meio de suas atividades produtivas, o indivíduo glorificava a Deus, e a prosperidade era o prêmio de uma vida santa. Segundo essa ética, não havia mal em ambicionar o lucro, porém, o uso da riqueza para o luxo e o prazer acabavam desviando o indivíduo do caminho da retidão. “O homem é apenas um guardião dos bens que lhe foram confiados pela graça de Deus. (...) Esse ascetismo secular do protestantismo opunha-se, assim, poderosamente, ao espontâneo usufruir das riquezas, e restringia o consumo, especialmente o consumo do luxo. (...) A luta contra as tentações da carne e a dependência dos bens materiais era (...) não uma campanha contra o enriquecimento, mas contra o uso irracional da riqueza” (Weber,1987:122). Toda a ação humana deveria ter uma finalidade racional que levasse a um esforço produtivo. A “salvação” poderia estar garantida se o indivíduo cultivasse o espírito trabalhador e empreendedor. A ética protestante do trabalho produziu os trabalhadores disciplinados, tão necessários à expansão racional da economia capitalista. Após esse impulso inicial, o capitalismo libertou-se dessa orientação religiosa passando a vê-la como uma influência prejudicial sobre a economia.

Para Friedmann e Naville (1973), as análises realizadas pela Sociologia do Trabalho partem de diversos traços que caracterizam o trabalho. Num primeiro momento, ele é visto como uma característica específica da espécie humana e possui uma utilidade primária, que é a produção de riquezas. Os autores partem da análise de Marx, para o qual o trabalho permeia a relação do homem com a natureza, ou seja, por meio da técnica, o trabalho humano é capaz de transformar tanto a natureza quanto o próprio homem. Entretanto, apesar desse caráter transformador, o trabalho assumiu formas que acabavam por exercer uma coação nos indivíduos, e tal característica é encontrada na subjetividade do trabalhador. Nesse sentido, “na medida em que supõe coação, o trabalho se diferencia em muitos casos da ação, que é liberdade. O trabalho é ação quando se alimenta de uma disciplina livremente aceita, como, às vezes, a do artista que realiza uma obra de fêdo, sem ser premido pela necessidade” (Friedmann e Naville, 1973:23).

O trabalho, como o entendemos atualmente, é uma invenção da modernidade. Como um produto da industrialização, é governado pelas regras da racionalidade econômica. A convergência entre as noções de trabalho e virtude e o estabelecimento de uma ética protestante do trabalho definiu um tipo de cidadão trabalhador que,

subseqüentemente, viria a tipificar a cidadania moderna e a desenvolver novas formas de organização social. Assim, o trabalho acaba por influenciar as atitudes intelectuais, morais, as opiniões e motivações, enfim, toda a gama que constitui a identidade de quem trabalha. Essa influência não se limita à jornada de trabalho, mas também fora desse período: nos momentos de convívio familiar, no círculo de amigos, nas escolhas relativas ao lazer, etc. Na sociedade moderna, as pessoas definem a si próprias e, conseqüentemente, são socialmente definidas pelo tipo de trabalho que exercem na esfera pública.

O mercado de trabalho deixa de comprar a qualificação de cada trabalhador e passa a comprar sua força de trabalho, sua capacidade laborativa. Essa capacidade para o trabalho, socialmente determinada e usualmente paga sob a forma de salário, tem sido um fator primário de socialização, de coesão social e formação de identidades individuais ¹¹. No processo de produção capitalista, o trabalhador precisa vender sua força de trabalho para que possa viver. Assim, o capitalista compra as

¹¹ Conforme Codo, Sampaio e Hitomi (1992:118) esse processo de transformação do trabalho promoveu a construção de uma nova subjetividade do trabalhador, deixando de ser plasmada pela relação entre homem e natureza e passando a constituir o trabalhador como vendedor da força de trabalho. "Trata-se aqui de vendedores de sua força humana real que se identifica com a capacidade de os homens produzirem sua existência. E o trabalho é aqui tomado, principalmente, como a capacidade humana comercializada e geradora de valores materiais socialmente reconhecidos em sua utilidade social –valores de troca."

horas de capacidade de trabalho, desde que o trabalhador que queira vendê-las possua capacidade técnica e saúde para realizar certa atividade. Se sua saúde está comprometida, o trabalhador é excluído desse mercado de trocas e isso tem conseqüências negativas em suas condições de vida, no convívio familiar e nas relações sociais.

Dessa forma, percebemos que a noção de trabalho apresenta uma grande contradição, a “antítese coação-liberdade” (Friedmann, 1983:189). Ao mesmo tempo em que os indivíduos são coagidos a integrar o mundo da produção, a fim de poder obter um padrão de consumo, eles sentem o trabalho como um fator de equilíbrio e desenvolvimento pessoal, e que assegura sua inserção e pertencimento à sociedade. Entendemos melhor essa afirmação - a de que o trabalho é fator de equilíbrio e pertencimento - quando analisamos grupos de pessoas que, por qualquer motivo, encontram-se privadas dele. Segundo Friedmann e Naville (1973:32), esses indivíduos manifestam comportamento perturbado, porquanto o trabalho é importante para a estruturação de sua personalidade e para seu equilíbrio psíquico. Desse modo, a sua privação causa uma espécie de embotamento na percepção do tempo e complicações no relacionamento familiar, criando um complexo de inferioridade em relação aos membros de sua família e aos amigos.

Assim, reconhecemos a importância assumida pelo trabalho atualmente. Ele é origem tanto de saúde quanto de doenças, de prazer e sofrimento. Seu aspecto positivo somente será alcançado plenamente quando tiver um caráter de *ação* e não de *coação*; quando o indivíduo que trabalha for livre para agir e tomar decisões. Somente desta forma, ele sentirá que seus vínculos com a sociedade tornam-se mais fortes. Conforme análise de Freud sobre o trabalho: “reconhecendo a importância do trabalho, contribui-se, melhor do que por qualquer outra técnica de vida, para apertar os vínculos entre a realidade e o indivíduo; este, com efeito, em seu trabalho, está solidamente apegado a uma parte da realidade: a comunidade humana” (Freud, apud Friedmann, 1983:190).

2. A relação saúde-doença

A relação entre ter saúde e ser capaz de trabalhar, de produzir, foi construída a partir da Revolução Industrial. A doença era concebida como desvio da normalidade e a saúde era compreendida como ausência de sintomas. Esse conceito limitado de saúde via o homem como uma máquina, que pode ter suas peças reparadas ou substituídas. O processo de industrialização ocorrido na Europa no século XIX foi a base dos primeiros estudos sobre a relação existente entre trabalho e saúde. Foi quando surgiram os primeiros serviços médicos de empresas e as leis que regulamentavam as questões de higiene ocupacional (Foucault,1993:93-98). Os serviços médicos oferecidos pelas empresas eram um instrumento de controle social, da qualidade da força de trabalho, e admitiam trabalhadores que apresentassem condição de saúde satisfatória, quando dos exames clínicos admissionais. Nesse período, o Brasil tomou como modelo a medicina social europeia, que definia a doença como questão social, justificando a intervenção do Estado, cujo objetivo era o planejamento de uma vida social ordenada. Assim, as políticas de saúde implementadas proporcionavam um maior controle sobre a vida dos cidadãos nos assuntos de higiene, trabalho, habitação e alimentação.

Esse modo de pensar a saúde em oposição à doença justificou o conceito de ordem social: a saúde, o equilíbrio e a normalidade faziam parte do racional, do social; por outro lado, a doença, a patologia, o desvio apresentavam-se como elementos perturbadores da ordem. As atribuições da medicina social basearam-se nesse horizonte explicativo, que apresentava a pobreza como origem da doença. Foucault (Idem) retrata muito bem esse quadro quando trata da medicina social inglesa, que visava ao controle da saúde e do corpo das classes mais pobres “para que o trabalhador se adaptasse mais facilmente ao trabalho”. Acreditava-se que esse controle diminuiria os riscos e os custos que uma massa de pobres doentes representava para os mais abastados e para o Estado.

No século XX, o conceito de saúde adquire novos significados. Segundo a Organização Mundial de Saúde, a saúde abrange um completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de distúrbios e doenças. Em 1978, a Conferência Mundial de Saúde amplia esse conceito, afirmando que os cuidados primários de saúde deviam ser levados aos lugares onde as pessoas vivem e trabalham. O discurso sobre a saúde começou a incorporar os aspectos sociais, a qualidade de vida, a cultura da população, com a valorização do cotidiano. Gonçalves (1991) ressalta que a importância dada à cultura possibilita que outros

valores da vida humana sejam levados em consideração, não se limitando à doença em si e a seus sintomas mais imediatos. Essa nova postura permitiu que surgissem “consciências sociais” mais atuantes e, conseqüentemente, levou ao desenvolvimento de novos programas na área da saúde para o *cidadão* constituído como um ser social. Surgem novos temas que se singularizam diante das discussões tradicionais da medicina: saúde do trabalhador, saúde da mulher, saúde reprodutiva, etc. Sua singularidade está, segundo Gonçalves (1991:106) na “participação ativa, pela atitude crítica, pela interação militante, pela multidimensionalidade de enfoques que traduzem sua emergência no seio dos próprios movimentos sociais ou sua redefinição, a partir de recortes científicos ou tecnocráticos dentro desses mesmos movimentos”.

O modo como o adoecimento no trabalho foi encarado no final do século passado, até a década de 70, contrasta gritantemente com as idéias mencionadas acima. Nesse período, a doença ou o acidente de trabalho eram entendidos como resultado da ação de riscos específicos nos ambientes de trabalho, desconsiderando-se o processo social. No Brasil, as instituições estatais que cuidavam dos ambientes de trabalho pautaram as ações que visavam à proteção do trabalhador na fiscalização da fábrica, do ambiente em que esse trabalhador se inseria.

A proteção ao trabalhador era a estratégia adotada pelo Ministério do Trabalho e Assistência Social, a partir de 1930, e os riscos à saúde eram assumidos como consequência natural do processo de industrialização. A transformação dessa situação, pois, não entrava na pauta de questões a serem discutidas coletivamente. Desta forma, o adoecimento no trabalho era analisado como uma relação causa-efeito, tendo por base as formas que cada corpo, individualmente, reagia às condições de trabalho.

Na década de 70, pesquisadores latino-americanos incorporaram o caráter social na relação entre saúde e doença, partindo da análise do “processo de produção” como categoria analítica principal. Segundo esses pesquisadores, o processo de produção organiza a sociedade, valoriza o capital e os modos de trabalhar. Essa forma de análise atribuiu grande importância ao caráter histórico e social presente nessa relação, dando origem a vários estudos no mundo todo. Em todos eles ficou claro que a multicausalidade dos fatores de risco, específicos de um determinado ambiente de trabalho, não é a causa direta do adoecimento no trabalho. De acordo com essas pesquisas, o adoecimento está diretamente relacionado ao modo como o trabalho está organizado, como as tarefas são divididas e ao lugar e papel de homens e mulheres na organização da sociedade. Desta forma,

concluíram que o processo de produção é uma determinação de outros processos sociais, e o desgaste do corpo de um indivíduo, submetido a condições de trabalho particulares, só adquire visibilidade e significado no âmbito coletivo.

Ao apontar outro foco para a análise, esses estudos acabaram por revelar as condições aviltantes a que estavam submetidos os trabalhadores na América Latina, o que levou as organizações internacionais - principalmente a Organização Internacional do Trabalho e a Organização Mundial de Saúde - a se preocuparem com as condições insalubres dos trabalhadores. Isto resultou na redefinição da relação entre saúde e trabalho a partir de uma visão estrutural do problema, e não somente restrita aos ambientes de trabalho, como antes. Essa nova perspectiva ampliou o conceito de saúde, ao incorporar os aspectos sociais, e mostrou a necessidade de universalização do atendimento baseado no princípio do direito à saúde, cuja conquista dependia da participação política dos trabalhadores.

Partindo dessas idéias sobre o par saúde/doença, a situação de trabalho ganha destaque para o nosso estudo. Alguns autores, como Laurell (1981) e Agudelo (1986), analisaram o trabalho como categoria social, portanto passível de exercer influência sobre as condições de saúde da população em geral. Agudelo ressaltou a importância da

mobilização dos trabalhadores como “sujeitos e protagonistas de sua própria saúde”¹².

Acreditamos que a saúde consiste em um processo dinâmico que pressupõe um equilíbrio do indivíduo com seu meio ambiente físico, familiar e social. Sendo assim, a saúde reflete essa condição no corpo físico, na construção da identidade, nas marcas impostas pelo trabalho, nas condições de vida que levam ao prazer e/ou ao sofrimento¹³. Quando este equilíbrio é rompido, abrem-se as portas para a doença, o que causa uma série de mudanças, uma vez que as pessoas reagem de forma particularizada diante da nova realidade imposta. Alguns reagem de maneira positiva, criando formas de sentir e agir adaptadas a uma nova situação. Outros reagem negativamente, sentindo-se inseguros e incapazes de agir, pois não vêem um sentido para suas vidas.

¹² É importante ressaltar que, no Brasil, as leis referentes à saúde do trabalhador são resultado das lutas travadas pelo direito à saúde e pela mudança do papel atribuído ao Estado e à sociedade na organização, gestão e controle dos serviços de saúde. No início dos anos 80, segmentos da sociedade civil, representados pelos movimentos populares de saúde e por profissionais da área, formularam propostas para uma nova política, cuja discussão foi viabilizada na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986. Nessa Conferência, foi formulado um conceito ampliado de saúde, em termos de condições gerais de vida.

¹³ “... queremos ter saúde tanto por ela mesma como para estarmos em condição de fazer algo, de viver no sentido não meramente biológico, mas pleno do termo: modos de viver e de morrer, de realizar os objetivos aos quais nos propomos, de fazer frente às coisas e ainda de fazer coisas. Ora, toda essa dimensão ‘ampla’ da vida não está dissociada da maneira como a sociedade está instituída. Na realidade, a vida nesse sentido pleno é a própria sociedade. Saúde e sociedade apresentam-se, dessa forma, em estreita conexão” (Nascimento, 1992:189)

Essa abordagem ampla da relação entre saúde e doença ¹⁴ não é levada em consideração pela prática médica, que, predominantemente, tem investigado apenas as causas visíveis e mensuráveis das doenças, limitadas aos marcos físicos e biológicos. Esse tipo de investigação simplista desconsidera as condições históricas, econômicas e sociais nas quais a doença está inserida; nem tampouco considera as condições de vida, de trabalho, de dominação, submissão e sujeição que estão presentes nas relações sociais e que contribuem para o adoecimento.

Nos últimos anos, os estudos das inter-relações entre o trabalhador e o seu bem-estar, ou seja, de trabalho e saúde, vêm aflorando com grande veemência. O par saúde-trabalho possibilita uma análise em dois âmbitos: primeiro, emerge o aspecto técnico, pioneiro nesta preocupação, desenvolvido por técnicos de saúde ocupacional; em segundo lugar, temos o aspecto conceitual, que tem por objetivo o questionamento dos pressupostos teóricos de que partiram as análises feitas até agora. Nota-se que os estudos de saúde ocupacional caracterizam-se por denunciar os meios insalubres, as empresas, as doenças profissionais, a participação dos sindicatos e serviços de saúde,

¹⁴ Utilizamos aqui o termo “relação saúde-doença” e não “processo saúde-doença” tendo em vista que somente podemos compreender a saúde com relação à doença. Não constituem, pois, categorias excludentes ou partes de um processo que leva de uma categoria à outra. A expressão “processo saúde-doença” é insuficiente para explicar a determinação social da doença. “Processo” dá uma idéia de continuidade, favorecendo a concepção antidialética de “causalidade”.

e praticamente desconsideram o doente como um ser social. Portanto, vê-se que a problemática do trabalho é tratada como uma extensão do indivíduo biológico, concluindo-se que o processo de adoecimento no trabalho é simplesmente fruto da coincidência de um indivíduo estar em contato com agentes químicos, físicos ou psicológicos. Dessa maneira, privilegiando as análises individualizadas, negligencia-se o funcionamento do processo capitalista de produção (não somente do processo, como de um *ethos* capitalista) e desloca-se o foco de análises e soluções.

Laurell e Noriega (1989:116) ampliam este quadro e dão grande contribuição à sociologia do trabalho: "... enquanto o trabalho sob o capitalismo é trabalho alienado e implica o uso deformado e deformante tanto do corpo como das potencialidades psíquicas, converte-se numa atividade cujo componente desgastante é muito maior que o da reposição e desenvolvimento de capacidades. (...) É importante fazer esse esclarecimento, já que enfatiza como processo geral o nexo biopsíquico e estabelece a doença como processo particular". Este trecho traz outro aspecto relevante para o estudo e diz respeito à identidade do trabalhador na nossa sociedade, ou seja, ser responsável pela garantia da reprodução da força de trabalho. Estar doente significa não corresponder às suas expectativas, às da família e às da sociedade, no

que se refere a ser trabalhador e ter uma ocupação remunerada, concorrendo para a frustração e interrupção de um projeto de vida pessoal, familiar e profissional cujos padrões têm sustentação social.

A relação trabalho-saúde-doença determinou novos papéis e valores na sociedade capitalista: provedor, utilidade, positividade, capacidade, força, eficiência, etc. A doença assume os valores negativos e marginais da sociedade capitalista e encerra o paradoxo de ser ao mesmo tempo algo individual e social. O significado do trabalho está ligado ao ato de viver, visto que é o trabalho que proporciona as condições de sobrevivência - material e moral - não somente para quem trabalha, mas também para sua família. Em muitos relatos dos entrevistados, no momento de ruptura provocado pela doença, o trabalho é visto como “tudo” na vida daquelas pessoas. A incapacidade trazida pela doença provoca um sofrimento cuja extensão atinge diversos aspectos da vida: corpo, relações familiares, de amizade, de trabalho.

O trabalho está vinculado a vários atributos e funções morais: é por meio dele que o indivíduo atribui significado e sentido à própria existência. Tendo o trabalho um significado tão amplo e estruturante na vida das pessoas, qualquer limitação imposta ao corpo que o impeça de exercer uma atividade produtiva, provoca alterações profundas nos

relacionamentos, tornando o indivíduo doente mais sujeito e deixando-o sem direitos. A identidade entra em conflito porque o trabalho, que possui atributos simbólicos muito fortes, é que vai gerar as condições para o adoecimento. Por esses motivos, a negação da doença é uma prática comum entre os trabalhadores que adoecem. Ela reflete uma esperança de cura e retorno à normalidade produtiva. Assim, a ocultação e a negação da LER é levada até o limite máximo da dor, quando se torna insuportável ao bancário tanto a dor quanto a limitação imposta a seu corpo.

O afastamento do trabalho provoca um grande sofrimento, que ultrapassa a dor física. É um sofrimento subjetivo, uma vez que envolve afetividade e sentimentos de fraqueza, impotência, vergonha, isolamento, culpa e fracasso. Os projetos de vida e as emoções são desestruturados e não conseguem encontrar uma rede de significados partilhada socialmente.

Desta forma, o estudo da relação entre trabalho, saúde e doença deve levar em consideração que a esfera social não é externa ao fator biológico/humano, mas que este submete-se ao social e, portanto, assume formas históricas específicas e diversas.

CAPÍTULO II

TRANSFORMAÇÕES NO TRABALHO BANCÁRIO

1. A Reestruturação Produtiva dos Bancos

O sistema financeiro nacional tem passado por diversas mudanças e adaptações relacionadas às novas exigências do capital. As especificidades do contexto político, econômico e social do país, a partir da década de 30, foram marcantes para o seu desenvolvimento. Deste cenário fizeram parte: a intensificação na introdução de novas tecnologias, novas formas de organização do trabalho e mudanças nas ocupações e no perfil do bancário.

O processo de racionalização do trabalho bancário foi lento, gradual e sempre acompanhado pelas mudanças tecnológicas e organizacionais, tendo em vista o aumento de rentabilidade ao menor custo possível.

A proteção de um Estado forte e controlador e a industrialização verificada a partir dos anos 30 marcaram o processo de expansão capitalista, que passou a demandar um novo sistema de crédito nacional mais dinâmico. Até 1960, as transformações foram muito lentas, porém fortemente caracterizadas pela racionalização e mecanização do trabalho bancário (Segnini, 1998: 62-63).

Até a Reforma Bancária de 1964, os bancos atuavam de maneira segmentada e regionalizada, a maioria de pequeno porte. Segundo

Accorsi (1991), o sistema contava com 350 bancos, com 10 agências cada. Em cada agência trabalhavam, em média, 25 bancários. As agências gozavam de grande autonomia em relação à administração do banco e realizavam todo o processo contábil bancário de captações e empréstimos.

Nesse período, o bancário executava tarefas que exigiam caligrafia e redação, além de conhecimentos em contabilidade. O contador exercia o controle inicial das operações de entrada e saída de recursos da agência, além de ser responsável pelo controle dos funcionários. Possuía grande conhecimento sobre as normas do banco e seus procedimentos contábeis. A ele estavam subordinados o subcontador, o chefe de expediente, caixas, escriturários, contínuos e pessoal de apoio (Accorsi, 1991:44). Para o exercício de tal função, eram requisitados alguns traços de personalidade, tais como valores de honestidade e correção. De acordo com Romanelli (1978: 157), “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”. Nessa época, exercer a profissão de bancário estava relacionado a um elevado *status* social

visto que era um trabalho realizado em ambiente limpo e de grandes exigências intelectuais.

A intensificação da industrialização presente nas décadas seguintes demandou novas adaptações do setor bancário, a fim de que pudesse contribuir para o seu desenvolvimento. Dessa forma, foi necessário que os bancos se estruturassem de forma semelhante às indústrias, adotando modelos de organização taylorista/fordista. Assim, foram introduzidas a mecanização, a padronização, a normatização e a rotinização dos procedimentos bancários. A “organização científica do trabalho” dividiu os bancários em *qualificados* – para realizar tarefas que exigiam conhecimento - e *sem qualificação* – para tarefas menos complexas. Obviamente, todas essas transformações impactaram profundamente as condições de trabalho.

A partir da década de 60, o setor bancário brasileiro sofre profundas mudanças tecnológicas e organizacionais, relativas a um contexto de grandes transformações políticas e econômicas. De acordo com Izumi (1998:55), 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.

A Reforma Bancária de 1964 veio de encontro aos planos do Estado autoritário de modernizar esse setor, a fim de financiar o desenvolvimento da indústria nacional. Os principais objetivos dessa Reforma foram:

- “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 a 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.” (Canêdo, 1986: 189)

Assim, foi possível estabelecer as bases para a constituição de um sistema financeiro nacional e do mercado de capitais¹⁵.

Em 1967, o Banco Central instituiu a Padronização Contábil dos Estabelecimentos Bancários (PACB), com o objetivo de controlar e fiscalizar o movimento financeiro diário. Os bancos tiveram que agir no sentido de racionalizar os procedimentos, de reduzir os custos de seus serviços, favorecendo a concentração e a centralização do capital financeiro.

É neste ponto que entra a automação bancária de modo irreversível. O número de informações a serem processadas tornou-se muito maior. Nesse sentido, a automação promoveu a centralização dessas informações, eliminando os serviços de retaguarda, integrando as agências ao sistema, reduzindo custos e tornando o processamento mais ágil. Essas transformações possibilitaram a diversificação dos serviços bancários, tornando-os mais competitivos num mercado que se encontrava em grande expansão.

¹⁵ Segundo SILVA (1991: 122), com a Reforma Bancária de 1964 “foi criado o Conselho Monetário Nacional (CMN) como órgão responsável pela fixação da política da Moeda e do Crédito; o Banco Central como órgão executor da política definida pelo CMN e fiscalizador das instituições financeiras; o Banco do Brasil, que passa a cumprir o papel de agente financeiro do governo; e o BNDE para impulsionar o desenvolvimento econômico”. Estavam lançadas as bases para a centralização do capital financeiro bancário e a formação de conglomerados, que fariam com que o sistema financeiro nacional se elevasse à posição de setor estratégico para o desenvolvimento econômico do país.

Outro aspecto importante a ser ressaltado diz respeito à massificação dos serviços bancários. Rodrigues (1999:69-70) nos dá pistas de como a inserção progressiva de aparatos tecnológicos nos bancos, além de viabilizar o maior controle da massa de informações, também permitiu o maior controle da gestão da força de trabalho. Segundo ele, a criação dos Centros de Processamento de Dados (CPDs) levou os bancos a padronizarem operações fazendo com que fossem processadas rapidamente e num volume muito maior, reduzindo custos e ganhando em produtividade. Este período caracterizou-se pela valorização da racionalização administrativa, com os departamentos de Organização e Métodos “produzindo estudos para mudanças no *layout* das agências, processo de trabalho, e transformando concretamente a rotina do trabalho bancário”. Assim, essas transformações levaram a uma maior divisão do trabalho, fragmentando e rotinizando tarefas, tornando-as repetitivas para a maior parte dos bancários.

Nesse período, constata-se a transformação das ocupações nos bancos, com a eliminação de alguns postos de trabalho, a criação de outros e a transformação dos já existentes. Segundo Accorsi (1991:48), o trabalho dos caixas transforma-se, surgindo “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)".

Diante desse cenário, podemos constatar a mudança do perfil do bancário: do contador com conhecimento sobre todo o processo de trabalho no banco, com perspectiva de carreira, a um funcionário pouco qualificado, fragmentado em tarefas simples e repetitivas. O perfil dos bancários altera-se, passando a representar uma categoria jovem, e a "profissão" bancário torna-se transitória, servindo apenas como um meio para terminar os estudos (Romanelli, 1978).

No final da década de 70 e início da de 80, os bancos entram no segundo momento do desenvolvimento tecnológico (Ely, 1995:2), caracterizado pela implantação e difusão do sistema *on line*¹⁶, pela criação dos sistemas de apoio às decisões e implantação dos terminais de consulta aos clientes. Esse momento também consistiu na

¹⁶ "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

“substituição das máquinas registradoras dos caixas por terminais de computador conectados aos equipamentos centrais dos CPDs, através da rede nacional de telecomunicações”(Ely, 1995:54). Desta forma, o lançamento contábil passou a ocorrer no momento em que era digitado pelo caixa na agência, eliminando rotinas antes realizadas pela retaguarda e o transporte de documentos para o processamento das informações. Por outro lado, o trabalho dos caixas foi intensificado, passando a exercer múltiplas tarefas.

A implantação do sistema *on line* não somente intensificou o trabalho do caixa como permitiu um controle maior sobre suas atividades, na medida em que se registra o número de autenticações diárias e o tempo em que o equipamento foi utilizado. Segundo Silva (1991:128), tal controle foi utilizado pelas chefias para pressionar os caixas a produzirem mais, com menor erro. Nesta época, os bancos conviviam com uma alta crescente da inflação, que era a base da sua lucratividade. Portanto, era conveniente buscar atender ao maior número possível de clientes, inclusive no pagamento de taxas públicas, como água, luz e telefone.

Pereira e Crivellari (1991:97-103), ao analisarem a introdução de novas formas de gestão em um banco de capital privado nacional,

informações. A atualização da conta corrente, que antes demorava pelo menos 24 horas,

constroem a noção de “banco-fábrica”. Segundo as autoras, a formação de “células de trabalho polivalente dedicadas a determinadas famílias de produtos”, tais como cartão de crédito, conta corrente e poupança, denota a transposição de métodos organizacionais das fábricas para os bancos. 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 (Idem:107). No interior das agências, a divisão do trabalho era mais rígida com o aumento do controle de tempo para realização das tarefas, principalmente em relação aos caixas. A rigidez dos tempos e a presença física dos clientes, além do medo de errar e da responsabilidade em lidar com valores monetários, atuam como disciplinadores e controladores do trabalho.

Este período, notadamente a segunda metade da década de 80, é considerado chave no processo de reorganização interna dos bancos no Brasil. Os planos econômicos para estabilização da inflação (Planos Cruzado I e II, Bresser e Verão) tornaram necessárias uma série de modificações e adaptações internas e externas para a sobrevivência num momento econômico de inflação baixa. Soma-se a isso a

passou a ser feita em tempo real” (Ely, 1995:56-57).

institucionalização dos bancos múltiplos e o fim da exigência de carta patente para se abrir uma instituição financeira¹⁷. 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, 1993:84).

Desta maneira, a partir de 1989, os bancos passaram a ter que atender a diversas demandas de sua clientela, provocando um redimensionamento de suas atividades, diminuindo postos de trabalho e intensificando o processo de terceirização. Segundo o DIEESE, de janeiro de 1989 a dezembro de 1996 foram eliminados 314.784 postos de trabalho.

Com os planos de estabilização, os bancos tiveram que realizar ajustes para se adaptarem ao novo ambiente econômico, de baixos índices inflacionários (Rodrigues,1999:35). Os chamados “ajustes para dentro” caracterizaram-se pela 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. Os “ajustes para fora” direcionaram-se ao

¹⁷ Segundo Rodrigues (1999:28-30), 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.

desenvolvimento de novos produtos e serviços ao tratamento diferenciado da clientela, conforme o perfil de renda e potencial de consumo dos serviços e produtos financeiros.

Essas inovações causaram impacto no processo de trabalho, em todos os níveis hierárquicos. A velocidade e o número de informações aumentaram de tal forma que o caixa passou a ter esses dados disponíveis em tempo real; anteriormente, só estavam acessíveis após o processamento nas matrizes. Com isso, várias tarefas foram simplificadas, permitindo a operação num único turno (somente no horário de atendimento ao público). Em relação à gerência, as mudanças foram viabilizadas pelos “sistemas de apoio à decisão”, que tornaram mais acessíveis uma série de informações que antes percorriam inúmeros trajetos. Sendo assim, a administração central do banco, a agência e os clientes ficaram mais próximos.

Com a estabilização dos índices inflacionários, principalmente a partir do Plano Real, tornaram-se pouco rentáveis para os bancos o atendimento a vários clientes, indiscriminadamente, e o recebimento de taxas públicas. Assim, os bancos passaram a usar a tecnologia à

disposição para racionalizar o atendimento¹⁸. Seguindo essa tendência, os bancos começaram a investir mais em estratégias de *marketing* a fim de atrair os clientes de seu interesse. Nesse sentido, as agências sofreram um processo de reestruturação do espaço, no intuito de segmentar a clientela e redirecionar o fluxo de pessoas. O espaço passou a ser dividido entre o auto-atendimento, logo na entrada, com o objetivo de reduzir filas e diminuir o uso dos guichês de caixa, destinados aos clientes de “baixa renda”; a central de atendimentos, para a abertura de contas, aplicações, venda de produtos e resolução de todo e qualquer tipo de problemas; a área de negócios, onde os gerentes e assistentes atendem - de modo mais personalizado - os clientes de maior renda, que desejam realizar grandes operações de crédito e captações; e o espaço destinado aos caixas¹⁹. Uma outra forma de atendimento que também se utiliza da tecnologia é denominado atendimento virtual, formado pelo *home, office, fax banking*, centrais telefônicas e *internet*, que

¹⁸ Cf. Ely (1995:59) “os bancos líderes deixaram de dar ênfase às inovações capazes de atrair a infinidade de pequenos e médios depósitos captados no varejo e passaram a investir na eficiência operacional do sistema, na aproximação com os clientes de grande porte e no aproveitamento das potencialidades dos equipamentos de informática, configurando um processo de racionalização no uso dos equipamentos eletrônicos”. Além disso, uma tendência no setor é a transferência de pagamentos de taxas públicas para as lotéricas, agências de correios e, futuramente, para a franquia de agências bancárias.

¹⁹ O estímulo ao auto-atendimento faz parte do processo de redução de custos operacionais. Com a inflação baixa, os bancos perdem muito com pequenas movimentações. Izumi (1998:69) realizou um levantamento do custo médio de saques em um banco estatal que confirma a vantagem financeira do uso dos serviços automáticos. O custo operacional médio

dispensa o deslocamento físico do cliente até a agência.

A reestruturação produtiva nos bancos refletiu em mudanças na sua estrutura de ocupações. Segundo estudo do DIEESE (1994:12), 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.

Os mais recentes estudos sobre a reestruturação produtiva do setor financeiro²⁰ apontam para uma tendência dos bancos de concentrar suas atividades na realização de negócios, e as transações comuns serem realizadas pelos canais virtuais e/ou auto-atendimento. As novas estratégias de atendimento ao público tornavam mais ágil o atendimento de um grande número de pequenos correntistas e não correntistas, possibilitando a abertura de espaços para o atendimento mais personalizado aos “clientes preferenciais”, e gerando a necessidade de trabalhadores mais “qualificados” para a venda dos produtos e serviços do banco. Ou seja, houve a demanda de

de um saque com cheque no caixa é de R\$ 2,94; nos quiosques é de R\$ 0,98; com cartão no caixa esse valor cai para R\$ 0,78 e no auto-atendimento o custo é de R\$ 0,25.

²⁰ IZUMI, 1998; RODRIGUES, 1999; SEGNINI, 1998; JINKINGS, 1995.

profissionais com habilidades que não são adquiridas por meios formais (como as escolas): habilidade de lidar com clientes mais exigentes, habilidade para vender, maior domínio sobre as informações do mercado financeiro, capacidade para analisar dados quantitativos e qualitativos, entre outras.

Com o direcionamento das atividades para a realização de negócios, aos modos de controle da produtividade do trabalho é acrescido o estabelecimento de metas a serem alcançadas. Uma das características do controle exercido pelas metas é que elas são mensuráveis, tanto individual quanto coletivamente. Muitas agências foram fechadas com base no critério de cumprimento de metas e, portanto, de produtividade.

Não pretendemos aqui dar conta de todos os aspectos envolvidos na reestruturação produtiva nos bancos. Esse breve histórico tem o objetivo de apresentar o atual estágio em que se encontram as instituições financeiras e alguns impactos que as transformações tecnológicas e organizacionais causaram no conteúdo e nas relações de trabalho que, juntamente com as influências dos contextos históricos, econômicos, políticos e sociais, foram responsáveis pela configuração de novas relações sociais de produção.

2. Transformações no Perfil Bancário

Como pudemos observar, as transformações sofridas pelo setor bancário foram, num primeiro momento, lentas e graduais. Entretanto, com o uso intensivo de novas tecnologias de automação bancária e de novas formas de gestão do trabalho, essas mudanças passaram a ocorrer numa velocidade cada vez maior. Ao analisá-las no período que compreende os últimos dez anos, iremos encontrar uma nova categoria bancária.

A moeda, principal meio de trabalho do bancário tradicional, foi sendo substituída pela informação. Atualmente, os clientes são incentivados a utilizar o auto-atendimento para pagamentos de contas e tributos. Sendo assim, o cliente que vai até a agência para fazer um investimento procura um profissional preparado e informado, que o auxilie a decidir sobre qual o melhor produto para investir. Ele procura um consultor ou conselheiro econômico.

A racionalização do trabalho, com a simplificação de procedimentos internos e a reorganização funcional, promoveu a flexibilização da jornada de trabalho e da remuneração, além da ampliação das tarefas dos bancários, tais como armazenamento e interpretação de informações. A tecnologia passou a exercer um

controle maior sobre os trabalhadores, tirando a incumbência da gerência de administrar a rotina, liberando-a para a venda de produtos.

2.1. Mudanças nos Postos de Trabalho

De acordo com o DIEESE (1999), os bancos passaram a adotar uma política de recursos humanos que procura motivar o trabalhador a executar suas tarefas para o alcance dos objetivos da empresa, transferindo a ele a responsabilidade da gestão de sua rotina, com uma falsa noção de *status*, que aumenta o controle individual e coletivo.

Mudanças nos Principais Postos de Trabalho (em %)

<i>Ocupações</i>	<i>1986</i>	<i>1992</i>	<i>1996</i>
Direção e Gerências	5,75	7,56	11,05
Chefias Intermediárias	16,03	13,34	11,91
Caixas	15,81	17,98	19,17
Escriturários	54,78	50,00	46,89

Fonte: Adaptada de Rodrigues (1999:199-200).

De acordo com a tabela acima, a participação relativa do nível denominado direção e gerência praticamente dobrou de 1986 para 1996 (de 5% para 11%). Esse fato deve ser analisado como uma exceção, tendo em vista o forte decréscimo do número geral de ocupações deste setor. Segundo levantamento feito por Rodrigues (1999: 145), se compararmos os números absolutos relativos ao estoque de empregos

no setor financeiro de 1989 a 1997, poderemos constatar uma diminuição da ordem de aproximadamente 58%.

Um dos fatores que pode explicar o aumento na proporção de gerentes e diretores, dentro da categoria como um todo, é a própria reestruturação produtiva que vem transformando os bancos de lojas de atendimento para balcões de negócios. O atendimento de clientes vem se tornando cada vez mais personalizado, a fim de alcançar as metas de vendas de produtos e serviços. Os bancos vem classificando seus gerentes de acordo com cada segmento da clientela a ser atendida: pessoas jurídicas e pessoas físicas, com rendimento elevado ou médio.

Esse grupo de gerentes tornam-se consultores e assessores de seus clientes, devendo orientá-los para o produto que melhor se relacione com seu perfil de investidor. Para isso, ele se utiliza da tecnologia disponível, de modo a obter informações sobre seu cliente, via terminais *on line*, e sobre o mercado financeiro.

As novas técnicas de gestão adotadas pelos bancos reduzem a necessidade de utilização de pessoal para o controle dos funcionários em níveis hierárquicos inferiores. Esse controle passa a ser exercido pelas metas preestabelecidas e pelas máquinas que registram as operações realizadas diariamente. As novas formas de gestão acabam

por redistribuir as tarefas, racionalizando os procedimentos e aumentando as responsabilidades individuais. Dessa forma, constata-se uma considerável diminuição do grupo pertencente às chefias intermediárias, de 16% em 1986 para 12% em 1996.

O grupo de escriturários e auxiliares é o que foi mais fortemente afetado pelo processo de reestruturação produtiva nos bancos. A automatização eliminou a circulação de papéis e, conseqüentemente, afetou os serviços de retaguarda. A terceirização crescente no setor vem atingindo profundamente essa categoria, pois várias tarefas passaram a ser realizadas pelas empresas contratadas, além do crescente uso do auto-atendimento por parte dos clientes.

A redução de postos de trabalho verificada na categoria bancária ainda não atingiu de maneira acentuada o grupo dos caixas, em números relativos. Porém, em números absolutos, o grupo sofreu forte diminuição, passando de 120.920 trabalhadores, em 1986, para 92.645, em 1996. A tendência é que a participação relativa dessa categoria em relação ao total de profissionais desse setor diminua devido, principalmente, às várias formas de pagamento criadas pelos bancos, que dispensam o trabalho desses profissionais (auto-atendimento, operações via telefone, fax, *home/office banking*, *internet*, pagamento de compras diretamente nas lojas e mercados).

O banco estudado, 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 (Ribeiro, 1999: 117).

Para contornar essa defasagem de mão-de-obra, já que o ingresso nesse banco é feito mediante concurso, tem-se recorrido à contratação flexível de bancários. Isto quer dizer que, para a realização de certas tarefas, antes executadas por funcionários concursados, o banco tem firmado contratos com terceiros ou realizado subcontratações. Esses funcionários não possuem os mesmos direitos trabalhistas dos concursados, além de receberem salários inferiores e deixarem de pertencer à categoria bancária.

2.2. Envelhecimento da Categoria Bancária

Nos últimos dez anos, o perfil da categoria bancária deixou de ser composto por pessoas eminentemente jovens. De acordo com Izumi (1998:84-85), no período 1985-1993 a participação dos bancários com idade entre 18 e 24 anos diminuiu de 42,8% para 30,4%. A participação maior se constata na faixa etária de 25 a 39 anos, com aumento de 42,8% para 50,6%.

Se analisarmos as mudanças ocorridas nas idades em relação às ocupações, notaremos que, de acordo com o perfil da categoria elaborado pelo DIEESE em 1997 (atualizado por Rodrigues, 1999), as ocupações que mais envelheceram foram as de caixa e de escriturário. Os gerentes continuaram se concentrando na faixa etária de 30 a 39 anos (cerca de 40%).

Em 1986, 39,45% dos caixas possuíam entre 18 e 24 anos. Em 1996, esse quadro se alterou: somente 14,32% pertenciam a essa faixa etária; a maioria, 37,8%, era de caixas entre 30 e 39 anos. Em relação aos escriturários, observa-se também uma elevação na faixa etária. Em 1986, 39,45% dos escriturários possuíam entre 18 e 24 anos; dez anos depois, esse percentual caiu para 8,13%. Em 1996, constatou-se que 48,44% dos escriturários possuem entre 30 e 39 anos de idade. Há vários motivos

para essa transformação. Entre eles podemos destacar que as mudanças tecnológicas e de formas de gestão têm exigido um profissional com maior grau de escolaridade, portanto com idade mais elevada. Um outro ponto a ser destacado é a menor rotatividade de funcionários num mesmo banco, o que aumenta o tempo de permanência e, conseqüentemente, a idade.

O banco estudado apresenta a mesma tendência. O último concurso ocorreu há cerca de dez anos, quando do ingresso de um grande contingente de jovens na função de escriturário. Obviamente que a idade média desses trabalhadores aumentou, sendo que muitos deles passaram a ocupar níveis hierárquicos superiores. Além disso, os funcionários possuem maior estabilidade, permanecendo mais tempo no banco.

Estas modificações contribuem para a construção de um outro profissional bancário, que estabelece relações sociais muito diferente daquele da década de 70.

2.3. Menor rotatividade²¹

Rodrigues (1999:143) aponta que, no período de 1993 a 1996, o tempo de permanência dos bancários em uma mesma instituição aumentou. A porcentagem dos bancários com até 5 anos de casa diminuiu de 39% para 35%; em contrapartida, a proporção daqueles com mais de 10 anos de permanência aumentou significativamente, de 35% para 48%.

Contudo, o período de 1995 a 1999 é marcado por um aumento da taxa de rotatividade, fato este explicado pelo contexto de mudanças específicas do setor financeiro, com novas regras institucionais, incentivos a fusões e incorporações, mudanças de propriedade do capital com conseqüências sobre a saída de uma empresa e entrada em outra. Todos esses fatores caracterizam uma mudança em termos de propriedade das instituições financeiras, e não em relação à rotatividade funcional.

²¹ A taxa de rotatividade, segundo o DIEESE (1994:5), é definida como “a razão entre o total de admissões ou desligamentos no mês e o total de empregados no mês anterior.”

2.4. Aumento do Grau de Escolaridade

Outro aspecto que confirma a mudança no perfil do bancário diz respeito ao aumento no grau de escolaridade. Houve um aumento do número de bancários com segundo grau completo e superior incompleto e completo. Este fato pode estar relacionado à grande oferta de mão-de-obra qualificada, o que baixa seu custo. Entretanto, acreditamos que esse novo perfil tem relação direta com as transformações trazidas pela reestruturação produtiva.

A ênfase dada ao atendimento personalizado tem exigido um profissional com uma qualificação diversa das requisitadas antes das últimas reestruturações. Segundo Izumi (1998:85), a flexibilização das ocupações faz com que seja requisitado um trabalhador com mais responsabilidade, polivalente, flexível, e, nesse sentido, o elevado grau de escolaridade, geralmente, é associado a um caráter mais receptivo às normas e valores da instituição.

A análise de Rodrigues (1999:201) relativa à escolaridade por ocupações, nos mostra que, no nível gerencial, de 1986 a 1996, o grau de escolaridade, que já era elevado, sofreu um aumento: em 1986, 45% dos gerentes possuíam nível superior (completo ou incompleto); em 1996, esse número subiu para 60,4%.

Na categoria que compreende os caixas, a evolução foi a seguinte: em 1986, 41,54% possuíam 2º grau completo, seguidos por 22,47% com 2º grau incompleto, 13,87% com superior incompleto e 7,59% com superior completo. Em 1996, esse quadro se altera para: 45,81% com 2º grau completo, seguidos por 17,86% com superior incompleto e 16,91% com superior completo.

Os escriturários também acompanharam o movimento de elevação da escolaridade, considerando-se que esta ocupação é a de ingresso na categoria bancária. Nota-se, nesta categoria, uma forte mudança. Em 1986, 38,02% dos escriturários tinham 2º grau completo; 17,83% possuíam 2º grau incompleto; 16,20% possuíam superior incompleto. Em 1996, notamos que a predominância ainda é de escriturários com 2º grau completo, com pouca elevação (38,46%). Porém, a proporção de escriturários com superior completo passou de 14,57%, em 1986, para 30,99%, em 1996.

No banco estatal estudado, a distribuição dos trabalhadores por escolaridade, no ano de 1994, é a seguinte: 13,8% possuíam 1º grau, 49,8% possuíam o 2º grau e 36,3%, o curso superior completo (Ribeiro, 1999:117). É importante ressaltar que, à época do concurso, ingressar no banco representava a possibilidade de concluir os estudos, já que se caracteriza por ser um trabalho em tempo parcial. Não há uma relação

direta entre o elevado grau de escolaridade e o exercício da função, tendo em vista que há um grande número de bancários universitários exercendo funções nos níveis hierarquicamente inferiores do banco.

Neste banco, o acesso aos níveis superiores da hierarquia se dá por meio de concurso interno, em que a elevada escolaridade é considerada desejável, mas não fundamental e decisiva. Nestes concursos, são avaliados critérios relativos ao conhecimento das rotinas bancárias, e critérios subjetivos baseados na avaliação pessoal das chefias, em relação ao comportamento e à produtividade do funcionário no posto de trabalho (Segnini, 1998:126).

2.5. Mudanças nas Relações de Gênero

Outro aspecto relativo às transformações no perfil do bancário diz respeito ao aumento da participação feminina. Segundo Rodrigues (1999:194), que analisou os dados relativos ao período de 1986 a 1996, a participação aumentou de 36% para 43%.

No caso do banco estatal, Segnini (1998:109) desvenda que esse processo ocorreu concomitantemente ao processo de automação

bancária e de mudanças na organização do trabalho. Segundo a autora esse fenômeno está presente em diversos países ²².

Num momento em que o trabalho se encontra em processo de reestruturação produtiva, em que as transformações que discutimos acima demandam trabalhadores com níveis mais elevados de instrução formal, a autora nos mostra que a inserção da mulher neste contexto se caracteriza pela ocupação de cargos inferiores, mesmo possuindo nível de escolaridade mais elevado do que os homens: dos funcionários que possuem formação em curso superior, 55% são mulheres (idem:125). Ou seja, apesar de se verificar um aumento na participação das mulheres, isto não refletiu em uma maior participação nos níveis hierárquicos superiores.

A despeito disso, a autora acredita que vem ocorrendo uma mudança lenta e gradativa dessa situação. Sutilmente, as bancárias vêm conquistando espaços de trabalho, anteriormente masculinos, devido a sua alta capacidade produtiva e à introjeção da lógica da eficiência e da qualidade. Conforme dito anteriormente, com a reestruturação produtiva, uma série de novos requisitos são exigidos para a função de venda de produtos e serviços, tais como responsabilidade, amabilidade,

²² 'Há uma proporção muito maior de mulheres empregadas no setor bancário do que em outros subsetores do setor terciário. Por esta razão, o setor bancário tem sido chamado, em alguns países, de 'gueto de emprego feminino' ou 'gueto rosa'.' (Segnini, 1998: 108).

cortesia, capacidade para solucionar problemas, etc. Segundo a autora, tais características sociais são eminentemente femininas, pois foram adquiridas histórica e culturalmente pela mulher no âmbito do trabalho doméstico, e, no banco, traduzem-se pela competência e alta produtividade.

2.6. Aumento da jornada de trabalho

A jornada de trabalho dos bancários, de acordo com a normatização presente na Consolidação das Leis do Trabalho, é estabelecida da seguinte maneira:

“Art. 224. A duração normal dos empregados em bancos, casas bancárias e a 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.

§ 1º A duração normal do trabalho estabelecida neste artigo ficará compreendida entre 7 (sete) e 22 (vinte e duas) horas, assegurando-se ao empregado, no horário diário, um intervalo de 15 (quinze) minutos para alimentação.

§ 2º As disposições deste artigo não se aplicam aos que exercem funções de direção, gerência, fiscalização, chefia e equivalentes ou que

desempenham outros cargos de confiança, desde que o valor da gratificação não seja inferior a 1/3 (um terço) do salário do cargo efetivo.

Art. 225. A duração normal de trabalho dos bancários poderá ser excepcionalmente prorrogada até 8 (oito) horas diárias, não excedendo de 40 (quarenta) horas semanais, observados os preceitos gerais sobre a duração do trabalho.

Art. 226. O regime especial de 6 (seis) horas de trabalho também se aplica aos empregados de portaria e de limpeza, tais como porteiros, telefonistas de mesa, contínuos e serventes, empregados em bancos e casas bancárias.

Parágrafo único - A direção de cada banco organizará a escala de serviço do estabelecimento de maneira a haver empregados do quadro de portaria em função, meia hora antes e até meia hora após o encerramento dos trabalhos, respeitando o limite de 6 (seis) horas diárias.”

A jornada de trabalho de 6 horas diárias foi uma conquista da categoria bancária, após grande mobilização e pressão que culminou na greve de 1932. Essa jornada foi estabelecida pelo decreto-lei 22.322, de

1933; nesse decreto, no entanto, não consta a obrigatoriedade de pagamento de horas extras. Em 1962, após nova greve, foi extinto o trabalho aos sábados.

Apesar de ser uma conquista dos trabalhadores, esse direito tem sido sistematicamente desrespeitado. Rodrigues (1999: 116) constata que 53% dos bancários realizam horas extras freqüentemente, mas cerca de 40% não são pagas.

Outro fator de desrespeito à jornada de trabalho refere-se à interpretação do artigo 224, parágrafo segundo, o qual prevê que a jornada pode ser estendida em casos excepcionais, isto é, para os trabalhadores que exerçam cargos de confiança, direção, chefias e outros equivalentes. Estudos do DIEESE também constataram que, a partir de 1990, houve um aumento na proporção de bancários que cumpriam jornadas mais extensas que as firmadas legalmente. O grupo que tem a jornada estendida para até 40 horas semanais corresponde a aproximadamente 40% da categoria.

O comissionamento desobriga os bancos do pagamento de horas extras, o que diminui os gastos com a remuneração de funcionários e faz com que seja utilizado um número menor de trabalhadores para o exercício dessas funções, fato que traz efeitos nocivos ao emprego

bancário. O comissionamento é o pagamento de um adicional para certas funções e é utilizado, principalmente no banco estudado, no intuito dos funcionários comissionados trabalharem a jornada integral.

Além dos efeitos sobre o emprego bancário, a prática excessiva das horas extras expõe os trabalhadores a um risco maior de adoecimento no trabalho. Em nossa pesquisa, pode-se constatar que, em relação à função de caixa, há uma grande pressão tanto pela realização de horas extras como pela mudança do horário de trabalho, que acaba sendo estendido a todo o período de atendimento ao público. Esse fato será explorado quando tratarmos do processo de adoecimento, em capítulo específico.

Todas essas mudanças ocasionadas pela reestruturação produtiva nos bancos resultaram em significativos ganhos de produtividade e lucro a um custo menor. Em contrapartida, os rendimentos dos bancários sofreram uma drástica diminuição nesse período.

3. O Trabalho Bancário nas Agências: Gerentes e Caixas

Mas será que todas as exigências de um novo perfil profissional, trazidas pelas transformações na organização do trabalho bancário tratadas acima, são acompanhadas de programas de treinamento e preparação dos trabalhadores para essa nova realidade?

As transformações no setor bancário acentuaram a divisão do trabalho entre as atividades de concepção, reservadas para a administração, e as atividades de execução, deixadas para os níveis hierarquicamente inferiores. A grande variedade de produtos oferecidos pelos bancos e a automação facilitaram ainda mais essa divisão. Conforme visto no item anterior, os níveis hierárquicos “gerência” e “caixas” sofreram um aumento no percentual de sua participação no total de estoque de empregos. Além disso, a categoria “gerentes” exerce um papel fundamental nas representações dos bancários entrevistados, os quais são, em sua totalidade, caixas de banco estatal²³.

No banco estudado, os gerentes de agências são funcionários classificados na estrutura de cargos como “comissionados”, ou seja, pressupõem o exercício da função de chefia para o qual recebem

²³ Nas entrevistas realizadas, o gerente aparece como uma figura importante na relação saúde-doença e no reconhecimento da doença profissional. Conforme será visto no capítulo IV, as formas de supervisão e controle dos trabalhadores assumem grande destaque para a compreensão das lesões por esforços repetitivos.

comissão (Segnini, 1998:114). Os gerentes trabalham, no mínimo, oito horas diárias e, freqüentemente, fazem horas extras. Para adquirir o direito ao comissionamento, é necessária a realização de um concurso interno, o que indica a necessidade de um maior conhecimento das rotinas bancárias, e outros critérios que foram descritos no item relativo ao grau de escolaridade.

A gerência deve exercer o controle, direta ou indiretamente, da atividade de seus subordinados. Segundo Ribeiro (1999:60), os gerentes possuem dois atributos essenciais: o da perícia técnica e o do poder sobre os seus subordinados; no entanto, não possuem autonomia, pois são subordinados à administração superior. Com a introdução do sistema *on line*, seu poder de concepção foi esvaziado e transferido para hierarquias superiores, restando-lhe apenas as funções de controle sobre seus funcionários para o alcance das metas da empresa.

Os gerentes do banco estatal analisado possuem as seguintes atribuições:

- “realizar as diversas atividades operativas inerentes a pessoas físicas e jurídicas, visando à manutenção das transações existentes, visitando clientes, esclarecendo as vantagens de cada produto e negociando condições favoráveis para a transação;
- visitar clientes atuais e potenciais, visando à ampliação dos negócios, efetuando pesquisas cadastrais, analisando mercado, objetivando a rentabilidade dos negócios;

- busca informações no mercado, visando à atualização sobre produtos concorrentes, tendências e estratégias do mercado, quando lotados em agências médias e pequenas;
- coordena e controla o cumprimento de metas dos programas de implantação de novos produtos e serviços, quando lotados em agências médias e pequenas;
- atende pessoas físicas e jurídicas ligadas às empresas ou órgãos públicos onde esteja implantado o PAB (Posto de Atendimento Bancário), ou o funcionalismo público da região abrangida pelo Serve-Serve, remetendo à decisão da agência os negócios relativos à pessoa jurídica;
- executa outras atividades correlatas, conforme designação do seu superior imediato” (Segnini, 1998:158-159).

Desta forma, o gerente passa a ser o principal agente para que ocorra a venda dos produtos e serviços bancários; entretanto, no banco estudado, ele não recebe treinamento específico para isso, ficando sob sua responsabilidade a busca de informações sobre o mercado financeiro. Essa característica refletiu-se até na mudança do *layout* das agências, onde o gerente foi colocado em evidência, num local aberto e de fácil acesso aos clientes. Portanto, embora a reestruturação dos bancos tenha proporcionado um avanço em termos tecnológicos, isso não significou um aumento importante na exigência de qualificação do nível gerencial.

No que se refere ao trabalho dos caixas, foco principal de nossa análise, este teve seu conteúdo enriquecido, ao mesmo tempo que intensificou-se o seu ritmo de seu trabalho. As tarefas do bancário lhe exigem um elevado grau de atenção e permanente estado de alerta. Sua

jornada de trabalho é permeada pelo medo de errar e todas as conseqüências advindas desse erro, o que acarreta um estado de tensão constante. Afinal, o bancário lida com uma mercadoria muito peculiar, que é a forma dinheiro da mercadoria (Jinkings, 1995:17). Ao lidar com essa mercadoria em suas diferentes formas (papel, informações, dados), ele está lidando com o símbolo maior do sistema capitalista, ao qual todas as coisas estão ligadas, simbólica ou concretamente. É a mercadoria dinheiro que garante a sobrevivência, que representa a segurança, a saúde, a moradia, a alimentação e outros valores presentes em nossa sociedade. Portanto, simbolicamente, o bancário é responsável pela guarda ou fluxo de todos esses valores pertencentes a terceiros.

O trabalho do caixa é caracterizado pela entrada de dados no sistema. Essa função requer um baixo grau de qualificação e não implica em tomada de decisões. Por outro lado, exige dos trabalhadores uma grande capacidade de memorizar instruções e um conjunto complexo de códigos, além de concentração e responsabilidade. Para o exercício dessa função, o banco exige o segundo grau completo e oferece treinamento sobre conferência de cheques, noções de grafoscopia²⁴ bancária, pagamentos diversos, recebimento de tributos, atendimento ao público (Segnini, 1998:138). As diretrizes são preestabelecidas por

²⁴ Análise dos traços da escrita para reconhecimento de assinaturas.

manuais de instrução e a administração central estabelece um conjunto de normas e procedimentos que tornam homogêneo, mensurável e controlável a distância o desempenho de todas as agências e, conseqüentemente, de seus funcionários.

Para os objetivos desta pesquisa, é necessário detalhar o trabalho do caixa. Segundo Segnini, esse trabalho divide-se em: compensação, atendimento ao público e fechamento de caixa.

Na primeira etapa, denominada compensação, o caixa realiza a separação dos cheques, de acordo com o banco emissor, região ou estado e valor, realiza a somatória, separa documentos de acordo com códigos específicos e remete-os à Câmara de Compensação. No final do dia, ao realizar o fechamento do caixa, ele deve somar os valores recebidos e pagos em notas ou cheques, além de colocar em ordem os documentos relativos à movimentação financeira.

O atendimento ao público é a principal tarefa do caixa, uma vez que nela se concentram todos os meios de controle e pressão sobre seu trabalho. Nesse momento, o caixa deve:

- receber numerário para abertura do caixa, conferindo e registrando em impresso ou equipamento próprio a quantia recebida. Em agências que não contam com terminais de computador em seus caixas, o funcionário deve abrir a máquina autenticadora e ordenar o material que irá permitir o desenvolvimento de suas atividades durante o expediente;
- atender ao público e examinar os documentos apresentados, realizar pagamentos e recebimentos, transferência de valores, recebimento de tributos

diversos e, em caso de atraso no pagamento desses tributos, calcular os acréscimos devidos, sempre consultando as instruções normativas;

- ao efetuar pagamentos de cheques, conferir assinaturas e outros tipos de identificação;

- efetuar restituições de imposto de renda, fundo de garantia, etc., colhendo assinaturas e autorizações, autenticando os seus respectivos comprovantes;

- arquivar talões de cheques por ordem numérica e tipo de conta, entregá-los quando solicitados mediante apresentação da devida requisição, identificar assinaturas e saldos;

- entregar cartões magnéticos e senhas mediante a devida identificação do cliente e orientá-lo adequadamente no seu uso;

- prestar esclarecimentos sobre os produtos oferecidos pelo banco com o objetivo de atingir metas e aumentar a produtividade da agência;

- executar outras tarefas conforme designação de superior hierárquico.²⁵

De acordo com tal descrição, pode-se notar que a função “caixa” está longe de ser composta por tarefas simples e repetitivas. Podemos dizer que elas são simples se comparadas às antigas funções do contador, entretanto, elas se complexificaram diante da quantidade e do tipo de informações que devem ser conhecidas e dominadas pelo caixa. Ela pode exigir movimentos repetitivos, mas, para executá-la, é necessário dominar uma quantidade muito grande de informações e códigos.

Aqui, abre-se o campo para a discussão sobre o controle e pressão exercidos sobre o caixa. O seu trabalho não sofre somente o controle vertical das chefias imediatas; sofre outro tipo de controle, horizontal, forte e sutil. Por um lado, de seus colegas, devido à interdependência

²⁵ Adaptado de Segnini (1998:138).

das tarefas e ao sistema automatizado. A integração do sistema em tempo real, *on line*, faz com que a administração superior, sem rosto, onipresente, controle o fluxo financeiro e a produtividade de cada agência, decidindo pela sua manutenção ou não. Isso provoca maior cobrança pela eficiência e produtividade. Por outro lado, o caixa sofre a pressão dos clientes, que exigem rapidez, eficiência, educação e soluções para todo tipo de problema. Soma-se a isso um novo paradoxo: ao mesmo tempo em que a tecnologia facilitou o seu trabalho, também virou uma ameaça, à medida em que se populariza o auto-atendimento e a utilização do *home-banking*.

As transformações sofridas por esse setor num contexto de acumulação flexível e, principalmente, suas conseqüências sobre a organização do trabalho bancário, além da busca por maior eficiência, afetam diretamente a saúde desse trabalhador e a sua subjetividade em relação aos significados que o trabalho assume num mundo desagregado pelo adoecimento. Pretendemos mostrar que há diversos fatores que concorrem para o desenvolvimento das LER, além da repetitividade de movimentos, e que todo o processo de reestruturação produtiva ocorrida no setor bancário, e as mudanças causadas por ele descritas acima, têm relação direta com o aumento do número de bancários lesionados. Nas entrevistas, pudemos notar que todas as

mudanças sofridas nos ambientes de trabalho influenciaram fortemente as condições de saúde desse trabalhador, 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.

CAPÍTULO III

AS LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS NO TRABALHO BANCÁRIO

1. As Lesões por Esforços Repetitivos - Considerações Históricas

As lesões por esforços repetitivos (L.E.R.) representam a segunda causa de afastamentos do trabalho no Brasil, ultrapassando as doenças decorrentes do ruído (Ribeiro, 1999:102). As LER não são uma doença específica, mas uma designação que procura identificar um conjunto de afecções que atingem músculos, tendões e articulações dos membros superiores (dedos, mãos, punhos, antebraços, braços) e, eventualmente, membros inferiores e coluna vertebral (pescoço, coluna torácica e lombar). Estão diretamente relacionadas às tarefas, ambientes físicos e organização do trabalho.

Apesar de terem sido reconhecidas apenas em tempos recentes, essas lesões relativas a trabalhos realizados sob grande pressão, que exigem movimentos repetitivos e posturas inadequadas, já haviam sido descritas em 1700 por Ramazzini, quando investigou as causas do sofrimento dos escrivãos ao realizarem o seu trabalho. Nessa época, essas lesões eram muito raras, visto que o número de pessoas que trabalhavam com a escrita era muito pequeno e pouco significativo, tendo em vista o grande número de acidentes e mutilações decorrentes das péssimas condições de trabalho a que estavam submetidos os

trabalhadores, no desenvolvimento da industrialização²⁶. O aspecto mais interessante no estudo de Ramazzini é que sua observação ultrapassa o diagnóstico puramente biológico e estabelece conexões com as relações sociais estabelecidas nos ambientes de trabalho, e que também fazem parte das causas de adoecimento.

Com as transformações nas formas de produção, o desenvolvimento de novas máquinas e a constituição de novas categorias profissionais, podemos encontrar os mesmos sintomas, porém sem o reconhecimento da relação com o trabalho, e justificando-os pela predisposição de cada indivíduo a adoecer. É o caso dos telegrafistas no século XIX e, posteriormente, dos mecanógrafos-datilógrafos e telefonistas²⁷. Ainda assim, essas eram categorias muito restritas, e esse tipo de adoecimento não se tornava representativo.

²⁶ É interessante comparar as anotações de Ramazzini com as discussões sobre os sintomas e as causas das LER e a contribuição da tensão no trabalho no seu desenvolvimento, como bem representa este trecho, extraído de Ribeiro (1999:71): “Três são as causas das afecções dos escreventes: primeira, contínua vida sedentária; segunda: contínuo e sempre o mesmo movimento da mão; e terceira: a atenção mental para não mancharem os livros e não prejudicarem seus empregadores nas somas, restos ou outras operações aritméticas. (...) Conheci um homem, notário de profissão que ainda vive, o qual dedicou toda a sua vida a escrever, lucrando bastante com isso; primeiro começou a sentir grande lassidão em todo o braço e não pôde melhorar com remédio algum e, finalmente, contraiu uma completa paralisia do braço direito.”

²⁷ Em alguns países, essas doenças foram reconhecidas como decorrentes do trabalho, mas são fatos isolados, como na Grã-Bretanha em 1908 (telegrafistas) e na Suíça em 1918 (mecanógrafos-datilógrafos e telefonistas).

Após a década de 50, a intensificação da industrialização e da divisão do trabalho tiveram como conseqüências a repetição dos movimentos, o aumento no ritmo de trabalho e a destreza no uso das mãos, aumentando drasticamente o número de acidentes típicos e o aparecimento constante de trabalhadores, de várias atividades econômicas, com os sintomas das lesões. Mas foi com a introdução de novas tecnologias e a automação dos processos de produção que aumentou a sujeição dos trabalhadores a esse tipo de adoecimento, deixando de ser restrito somente a algumas categorias profissionais.

O Japão, devido às características de sua recuperação econômica após a Segunda Guerra Mundial, que buscava alta produtividade por meio de novas formas de organização do trabalho e automação, foi um dos primeiros países a detectar que seus trabalhadores estavam sofrendo com as dores causadas pelas lesões, tornando-se um grave problema de saúde pública já na década de 50 (Ribeiro, 1999:98)²⁸.

Além do Japão, em diversos países, como Estados Unidos, Canadá e Austrália, essas lesões assumiram um caráter de epidemia. A revista Exame (1995) apresenta dados relativos aos EUA, onde tais lesões correspondem a 56% dos casos de doença ocupacional. No início

²⁸ Segundo pesquisas que acompanharam a evolução histórica das lesões, nessa época, a sua maior prevalência era encontrada em trabalhadores da indústria, e os trabalhadores em escritórios eram a terceira categoria mais atingida.

da década de 80, nesse país, as LER eram prevalentes entre os metalúrgicos. Com a intensificação no uso de microcomputadores e tecnologias semelhantes, as lesões passaram a atingir sobretudo os trabalhadores de empresas automatizadas, trazendo perdas à produtividade e maiores gastos com assistência médica²⁹(Ribeiro, 1999:99).

A história do desenvolvimento dessas lesões é marcada pela dificuldade de diagnóstico e do estabelecimento das causas, o que influenciou o modo como passaram a ser chamadas em cada país. As diversas denominações existentes são um ponto importante a ser ressaltado, uma vez que referem-se ao processo histórico de reconhecimento da doença e sua relação com o trabalho. Na Austrália, é chamada de RSI - Repetitive Strain Injury; no Japão, na Alemanha e nos países escandinavos, a denominação é OCD - Occupational Cervicobrachial Disorders; nos Estados Unidos é conhecida por várias denominações, como CTD - Cumulative Trauma Disorders, OOS - Occupational Overuse Syndrome, RSI - Repetitive Strain Injury e WRMD - Work Related Musculoskeletal Disorders; e no Canadá, as lesões são conhecidas pela denominação Lésions Attribuibles au Travail

²⁹ As perdas econômicas mostraram a magnitude do problema. Somente em Massachusetts (EUA), no período de 1987 a 1992, os custos relativos às doenças ocupacionais passaram de

Répétitif - LATR. No Brasil, LER - Lesões por Esforços Repetitivos, foi o termo utilizado como sinônimo de Lesões por Traumas Cumulativos (LTC), Distúrbios Cervicobraquiais Ocupacionais (DCO) e Síndrome Ocupacional do "Overuse". No meio científico, a tendência mundial é de utilizar a denominação "Work Related Musculoskeletal Disorders" (WRMD) em substituição a todas essas designações. Recentemente, o INSS alterou esta denominação para DORT, Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho³⁰.

À primeira vista, tratar do modo como a doença é designada pode parecer simplesmente uma discussão semântica. Contudo, substituir a sigla LER por DORT implica a ampliação do conceito da doença para distúrbios inflamatórios e/ou oriundos da compressão dos nervos, além de dificultar o estabelecimento da relação com o trabalho e o acesso dos lesionados a uma série de direitos conquistados, principalmente aqueles resultantes da luta da categoria bancária, conforme veremos adiante.

No Brasil, a década de 80 foi marcada pelo aumento de casos de LER, com as mesmas características; entretanto, esse aumento tinha por base a ocultação e negação da doença, fato esse confirmado nas

800 milhões de dólares para 2,5 bilhões, sendo que metade destes custos eram relacionados a doenças provocadas por lesões por esforços repetitivos (Mattar Jr. e Azze, 1995:17).

³⁰ Diário Oficial da União, O.S. n.º 606/98, publicada em 19/08/98. Manteremos a designação LER por ser um termo resultante da luta dos trabalhadores para dar visibilidade social e reconhecimento à doença.

representações sobre a doença ³¹. Elas se intensificaram na década de 90, tornando-se um grave problema de saúde pública, porém, somente em tempos recentes, a mídia tem dado importância a esse tipo de adoecimento³².

As LER eram pouco conhecidas até meados da década de 70, quando tiveram rápido crescimento nos ambientes de trabalho, atingindo primeiramente o setor de serviços. A década de 80, no Brasil, presenciou a maior frequência de casos de tenossinovite entre digitadores, fato que levou o sindicato da categoria a iniciar a luta pelo reconhecimento das lesões como doenças profissionais. Em 1987, o Ministério da Previdência Social, por meio da portaria 4.602, incluiu a tenossinovite entre as doenças profissionais, e a relacionou apenas à atividade de digitador, excluindo outras categorias profissionais que vinham sendo atingidas, não somente pela tenossinovite, como por outras lesões. Portanto, essa proteção legal não atendia bancários em

³¹ No Capítulo IV, discutiremos esses temas e outros surgidos nas entrevistas realizadas.

³² O "Jornal da Cultura" (TV Cultura), no mês de maio de 2000, deu espaço para esse assunto, não tratando somente das formas de prevenção e tratamentos alternativos, mas mostrando a preocupação do presidente da FIESP, que declarou estar surpreso com os números atingidos pela doença e, principalmente, pelos prejuízos financeiros decorrentes. De acordo com essa reportagem, até o ano passado foram registrados 532 mil casos de LER; e, atualmente, elas representam cerca de 90% das doenças profissionais. Os gastos com acidentes de trabalho e doenças profissionais foram calculados em torno de R\$ 12,5 bilhões, por parte dos empresários, e R\$ 20 bilhões, por parte do governo federal. Nesse sentido, os empresários da FIESP realizaram um encontro em que seriam discutidas formas de enfrentamento e prevenção ao problema.

outras funções, telefonistas, caixas de supermercados, trabalhadores do setor secundário (metalúrgicos, têxteis, eletroeletrônicos), entre outros.

Os sindicatos e os trabalhadores mobilizados continuaram as discussões e a pressão sobre o Ministério do Trabalho, já que o reconhecimento da tenossinovite como doença profissional não implicou em ações que desencadeassem transformações concretas nos ambientes de trabalho. Nesse sentido, elaboraram uma proposta que regulamentasse a adoção obrigatória de condições de trabalho adequadas aos digitadores, que resultou, em 1990, na Norma Regulamentadora n.º 17, sob a portaria n.º 3.751 do Ministério do Trabalho³³. Apesar de serem reconhecidas, não foram tomadas medidas preventivas e, no início da década de 90, as LER tiveram um grande aumento, situando-se como a segunda doença mais notificada à Previdência Social, logo atrás do ruído.

Diante de tais fatos, o movimento sindical iniciou a pressão e o poder público elaborou normas sobre as LER. Em 1991, o Ministério do Trabalho e da Previdência Social publica a primeira norma sobre LER. Em 1992, a Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, por meio de

³³ A Norma Regulamentadora n.º 17 representou um grande avanço no tocante às doenças profissionais, pois fixou alguns limites para as empresas onde o trabalho exigia uma grande quantidade de movimentos repetitivos, posturas inadequadas e ritmo intenso, com grande ênfase para as questões ergonômicas; contudo, não foi suficiente para contemplar os diversos fatores responsáveis pelas lesões.

norma técnica específica, a reconhece como doença do trabalho. Em 1993, o INSS publica sua norma sobre as LER; porém, em 1998, publica nova norma rebatizando-a para DORT, tornando o vínculo entre o adoecimento e o trabalho mais restrito.

A mudança de denominação (de LER para DORT), estabelecida por meio da Ordem de Serviço n° 606, traz uma série de modificações que diminuem a concessão de benefícios acidentários. A emissão da Comunicação de Acidentes de Trabalho, por exemplo, deve ser emitida somente com o diagnóstico firmado da doença ocupacional; antes, ela era emitida somente com a suspeita, a fim de evitar a evolução da doença.

Todos os esforços da sociedade civil organizada em normatizar essa doença não foram suficientes para transpor as barreiras impostas por outros setores: médicos não estabeleciam o vínculo entre o adoecimento e o processo de trabalho (nexo causal), empresas se negavam a emitir a CAT³⁴, agentes e peritos do INSS desconsideravam os laudos médicos, centros de reabilitação adiavam a emissão de pareceres técnicos, mesmo estando diante de incapacidades definitivas,

³⁴ Comunicação de Acidente de Trabalho. É um documento oficial que registra a ocorrência de acidentes ou doenças do trabalho. Seu preenchimento é obrigatório e funciona como um meio para que o trabalhador acidentado ou doente possa ter acesso aos benefícios concedidos pelo INSS.

algumas vezes por não saber como proceder, outras por não acreditarem na doença e nos relatos dos adoecidos.

Essas considerações a respeito do desenvolvimento da doença nos dão pistas sobre as dificuldades, vivenciadas pelos trabalhadores atingidos, em trilhar um caminho desconhecido para conquistar alguns direitos reconhecidos e buscar informações a respeito das LER: sintomas, formas de tratamento, graus de evolução. Todo o movimento estruturado para a garantia desses direitos tem por base um trabalho árduo de desvendamento e construção de uma nova realidade de trabalho, para o estabelecimento de critérios para diagnóstico e tratamento, em vista da dificuldade em decifrar os códigos burocráticos de uma estrutura previdenciária deficiente. Nos estudos realizados sobre LER e nos relatos dos entrevistados, pudemos notar a importância da socialização da informação entre os trabalhadores, para a construção de um aparato legal de reconhecimento da doença e sua relação com o trabalho, além de se constituir como elemento fundamental para o envolvimento de sindicatos e instituições representativas de trabalhadores. Nesse sentido, o grau de mobilização das categorias envolvidas é um elemento fundamental que tem possibilitado uma série de discussões e conquistas.

Todos esses esforços e ações coletivas, além de demonstrar que as LER não são apenas um conjunto de lesões restritas a questões biológicas relativas ao corpo doente, mobilizou profissionais nas mais diversas áreas (médicos, advogados, psicólogos, ergonomistas, administradores, sanitaristas, entre outros), provando que as relações sociais estabelecidas nos ambientes de trabalho e fora dele foram profundamente alteradas, tornando-se um objeto de análise interdisciplinar.

Dentre todas as categorias profissionais atingidas, a bancária é a que tem registrado maior número de casos. Isso não quer dizer que seja a categoria mais atingida, mas que, com seu grau de organização, representatividade, poder de pressão e facilidade de acesso a serviços médicos especializados, além das transformações ocorridas na organização do trabalho, foi a que ampliou a discussão sobre as LER, transformando-se na categoria com maiores conquistas nos contratos coletivos, no quesito relativo à saúde do trabalhador.

2. O Banco Doente

O trabalho bancário jamais foi isento de doenças profissionais. Canêdo (1978) nos apresenta dados nos quais, na primeira metade do século, as doenças mais diagnosticadas entre os bancários eram a tuberculose e a chamada “psiconeurose bancária”. Em 1938, 23% dos bancários de São Paulo eram portadores de tuberculose, enquanto, no Rio de Janeiro, em 259 bancários foi diagnosticada a “psiconeurose bancária”.

A partir dos anos 60, o processo de racionalização e automatização do trabalho contribuiria para o surgimento de novos riscos para a saúde do bancário. Intensificou-se o ritmo de trabalho, aumentou a pressão por produtividade e as formas de controle, a maior responsabilidade em lidar com dinheiro alheio, a pressão exercida pelos clientes; tudo isso contribuiu para um maior desgaste físico e mental (Seligmann-Silva, 1985).

Como consequência, houve um grande aumento na incidência das LER entre caixas, digitadores, operadores de telex e funcionários da compensação no sistema bancário. Em São Paulo, 31% dos bancários, em pesquisa realizada em 1992, relataram problemas de saúde

relacionados aos sintomas de LER³⁵. De acordo com o Programa de Prevenção, elaborado e coordenado pela Faculdade de Saúde Pública da USP (Ribeiro, 1997:32), há uma estimativa de que em cada 100 bancários, 10 já tenham lesões e outros 10 apresentem os sintomas iniciais da doença. Esse cenário sombrio contrapõe-se à imagem “moderna” que os bancos procuram passar à população.³⁶ Nos últimos anos, os bancos vêm utilizando, de maneira muito intensa, os meios de comunicação de massa, a fim de nos apresentar seus novos produtos e as vantagens de seu grande aparato tecnológico (sistemas *online*, caixa eletrônico, resgate automático de aplicações, entre outros). Esse caráter de “modernidade” que as novas tecnologias emprestam a esse setor mascara o processo de sujeição, alienação e degradação do trabalhador bancário.

A reestruturação produtiva nesse setor teve papel fundamental no avanço das LER, pois incentivou as demissões voluntárias³⁷, sobrecarregando os bancários em suas atividades diárias, aumentando a jornada de trabalho e a pressão por produtividade. Resta, para quem

³⁵ IADES. *Perfil da Categoria Bancária*.

³⁶ De acordo com Herval Pina Ribeiro, médico da Faculdade de Saúde Pública/USP, essa situação encerra um paradoxo do mundo moderno do trabalho. “O trabalho antigo era pesado, em ambiente hostil, sempre associado ao uso da força manual. O trabalho moderno parecia ter-se tornado não-manual, automático. Não exige força, é feito em ambiente limpo, aparentemente agradável. Mas a LER, a doença do trabalho moderno, ataca exatamente as mãos e os braços...” Revista *Atenção!*, ano 2, n.º 5, 1996.

³⁷ Como exemplos, temos os casos de incentivo às demissões voluntárias nos Bancos do Brasil e Banespa, a partir de 1995.

fica, um volume muito maior de trabalho e de esforço físico e mental. Essa discussão encerra um novo paradoxo, no qual a adoção de novas tecnologias e o seu conseqüente aumento na produtividade não trouxeram a redução na jornada de trabalho e melhor distribuição de renda, mas demissões, intensificação no ritmo de trabalho e adoecimento.

No Banco estudado, os primeiros casos de LER surgiram no final da década de 80, porém somente no início dos anos 90 assumiram um caráter de adoecimento coletivo de uma determinada categoria. De acordo com alguns informes sobre os casos notificados de LER, no período de junho de 89 a abril de 1994, passou-se de uma média de 1 caso a cada três dias para 1,7 casos por dia (Ribeiro, 1999:122). Segundo o Sindicato dos Bancários, analisando as notificações anuais de casos de LER na região de Campinas e São Paulo, no período de 1992 a 1996, percebe-se que os bancos públicos participaram com o maior índice de notificações, representando 94,5% do total. Desse percentual, o banco estudado participou com 10,1% do total de casos notificados ao INSS.

Por trás desses números, esconde-se a forma cruel como os primeiros casos foram tratados até se conseguir o reconhecimento público dessas lesões. O início dessa história é marcado pela desinformação e desorientação, em que muitos lesionados tornaram-se

cobaias em tratamentos inadequados, que acabaram por comprometer de maneira gravíssima sua capacidade laborativa. Segundo uma das entrevistadas - caixa e um dos primeiros casos de LER no banco - no início, as pessoas andavam soltas e não sabiam exatamente o que fazer, a qual serviço recorrer. Ao procurarem o sindicato, não encontravam orientações seguras. Ao recorrerem ao serviço médico do banco, eram diagnosticadas uma série de doenças não relacionadas ao trabalho, como reumatismo e artrite. A partir de um certo momento, essas pessoas começaram a se encontrar nos serviços públicos dirigidos à saúde do trabalhador, onde passaram a trocar informações a respeito dos sintomas, de tratamentos, de procedimentos burocráticos para garantias de direitos, iniciando uma forma precária de organização em torno das LER.

Os primeiros lesionados do banco estudado se agruparam e formaram uma comissão de funcionários com LER, que iniciou um verdadeiro trabalho de garimpo em busca de informações. Segundo a entrevistada, esse início foi marcado por grande ansiedade e medo, pois não se sabia “aonde é que a pessoa deve ir, o quê que a pessoa deve fazer, ela tem os sintomas, ela tem os sinais... e ela faz o quê? Pra onde ela vai? Porque... encaminhar pro convênio médico não resolvia. Encaminhar pro serviço médico do banco também não resolvia. A

administração das agências não conhecia, não sabia o que fazer. Então...
o quê que a gente devia fazer?”

Essa comissão começou a buscar informações com os médicos dos serviços especializados em saúde do trabalhador e passou a levar essas informações às agências, ao sindicato; colocou seus telefones particulares à disposição para esclarecimentos e ganhou um *status* de representatividade dentro do banco. Com as informações organizadas, uniu-se à associação de funcionários e ao sindicato e passou a publicá-las em jornais, informativos internos, cartilhas, etc. Acabou por tornar-se um ponto de referência e introduziu a discussão sobre a saúde do bancário nas várias instâncias de representação, conseguindo até a inclusão de várias cláusulas relativas às LER em alguns acordos coletivos de trabalho. Uma cláusula que consideramos um grande avanço é a criação do Fórum de Saúde, com reuniões mensais, das quais participavam órgãos técnicos da administração do banco e entidades representativas dos trabalhadores.

A partir da atuação dessa comissão e da discussão aberta em torno do tema da saúde dos bancários, o Sindicato dos Bancários e a Associação de Funcionários desse banco passaram a adotar estratégias conjuntas, com o objetivo de desenvolver políticas e ações preventivas que diminuíssem a incidência de LER. Para tanto, a circulação e

sistematização dessas informações foram de fundamental importância, permitindo a interação das diversas experiências, tanto de lesionados, não lesionados, dirigentes e médicos especializados. Durante dois anos, essa troca de experiências foi profícua, com a produção de documentos oficiais que propunham ações concretas, colocadas na mesa de negociações com a administração do banco. Todo esse esforço resultou no aumento de notificações de casos de LER nesse banco, conforme vimos acima.

Por outro lado, apesar dos grandes avanços obtidos pela organização dos trabalhadores, o banco não divulga os números reais de lesionados, sob o pretexto de que tais informações são protegidas pelo sigilo médico. Para dificultar ainda mais o acesso a esses números, distribuiu as cópias das CAT's aos diversos sindicatos espalhados por todo o país, cerca de 150, tornando quase impossível reunir esses dados.

E qual seria o perfil do bancário lesionado? Se pensarmos que o banco estudado não realiza concurso há mais de dez anos e a idade mínima para o ingresso é 18 anos, podemos concluir que as LER têm atingido uma população eminentemente jovem (acima de 28 e abaixo de 40 anos), com elevada expectativa de vida e em plena fase produtiva. Essas características têm elevado os custos com os sistemas de saúde e seguridade (Ribeiro, 1997:26). Em pesquisa realizada por Ribeiro

(1999:126-138) com 525 lesionados do banco em questão, foi possível construir um perfil do bancário lesionado. Em relação à faixa etária, essa pesquisa demonstrou que o número de lesionados concentra-se na faixa de 30 a 39 anos, com tempo médio de serviço entre 10 e 15 anos, correspondendo a 55,62% dos casos. Esse fato sugere que o desenvolvimento das LER tem relação com o tempo de sujeição e com a reestruturação produtiva no trabalho bancário, acentuada nos últimos 10 anos e que provocou mudanças em seu conteúdo, na sua organização, e nas relações sociais presentes nos ambientes de trabalho, conforme vimos no capítulo II.

Constatou-se que a maioria possui um grau de escolaridade elevado: 66% dos entrevistados possuíam curso superior completo ou incompleto. É fato relevante que trabalhadores com esse nível de escolaridade sejam vítimas de doenças profissionais, principalmente se levarmos em consideração que 65,6% tenham adoecido no exercício de funções que pouco ou nada tinham que ver com suas formações universitárias, funções essas relacionadas aos escalões mais baixos da hierarquia bancária. Esse fato é recorrente nas entrevistas, que relatam haver uma massificação nas atividades, que não respeita as habilidades individuais. Alguns entrevistados acreditam que o banco aumentaria consideravelmente sua produtividade se aproveitasse as pessoas em

sua potencialidade, colocando-as para realizar tarefas das quais gostassem. Um entrevistado conclui que “a empresa tem tudo na mão dela, mas ela não consegue fazer isso, pôr isso pra frente. Então ela massacra. *Todo mundo vai vender, todo mundo vai fazer*. E aí começa a aparecer doença. E não tem jeito, porque se não for LER, o cara vai estourar úlcera, o cara vai aparecer com cistite, vai ficar neurótico... Ele vai ficar doente! Não tem jeito!”

Outro aspecto relevante diz respeito à discussão sobre as LER atingirem predominantemente o gênero feminino, caracterizando-a como “doença de mulher”. Como vimos no Capítulo II, tem havido uma feminização do trabalho bancário, todavia, as mulheres têm ocupado os níveis hierárquicos inferiores, como escriturários e caixas. Coincidentemente, são esses níveis os mais atingidos pelas LER³⁸. Por isso, não podemos afirmar seguramente que as LER atingem as mulheres por estas possuírem características peculiares da condição feminina. Entretanto, essa discussão é muito presente tanto nos círculos médicos quanto no ambiente sindical, onde, em reuniões específicas

³⁸ Conforme a pesquisa citada, 95% dos adoecidos pertenciam à hierarquia inferior. Ribeiro (1999:132) conclui que “haveria, portanto, uma seletividade no adoecimento por LER que tem muito a ver com a diferenciação hierárquica funcional, com o conteúdo do trabalho e as relações de subordinação, com o tempo de sujeição e o gênero, e nada, ou muito pouco, com a idade”.

para discutir o avanço das lesões no banco, ouve-se argumentos dos dois lados concordando que as mulheres eram mais suscetíveis a desenvolver a doença, devido às suas especificidades biológicas, afetivas, psicológicas e sexuais, além do velho argumento da segunda jornada de trabalho. No dizer de uma entrevistada: “No banco nós estamos com essa discussão de que é doença de mulher. Era porque era jornada dupla, tripla, porque você pegou em casa, não sei o quê... E hoje a gente ainda ouve isso, tá? Dentro do banco como fora do banco. Eu acabo escutando opiniões médicas que são completamente ultrapassadas, do cara dizer *é, mas ela não é dona de casa? Então se ela lava, passa...* Ela fica 6 horas fazendo a mesma coisa, né? Eu desconheço um negócio desse! Você não fica seis horas na sua casa lavando roupa todos os dias! Todos os dias! Você não faz isso! Eu mesma, o médico pergunta assim *Você não lava roupa?; Eu não!* E o médico se assusta. Quando você diz isso prum cara que tem essa mentalidade, você diz pra ele que você é casada, que você tem filhos, que você tem uma casa, e ele pergunta... *mas você não lava roupa?; Não senhor; Mas como não lava?; Não sei se o senhor sabe, mas existe Brastemp, né, você põe lá, a máquina lava, né?”* Esse tipo de argumentação possui um contorno discriminatório que acaba por reduzir ainda mais o valor da força de trabalho feminina e desvia a discussão sobre as LER e sua relação com

os processos de trabalho e com as relações sociais presentes nas organizações.

Todas essas características degradantes nos levam a pensar sobre o significado do trabalho. No espaço da vida cotidiana e do trabalho são construídas as identidades individuais e que dão referência a um grupo; logo, essa construção de identidades está carregada de afetos e só é possível diante de oportunidades concretas. As escolhas profissionais são possíveis em um mundo concreto e também estão baseadas em um certo nível de afetividade. O significado embutido no trabalho de cada pessoa é o que dá satisfação e prazer em realizá-lo. Quando uma pessoa trabalha apenas pelo salário, não demora muito para apresentar sintomas de desapontamento, insatisfação, sofrimento e adoecimento.

A degradação das condições de saúde e de trabalho dos bancários é seguida por uma série de sofrimentos e humilhações, que vai desde o clima de descrédito que se instaura no ambiente de trabalho, quando verbalizam seu sofrimento, e os fustiga por todo um caminho burocrático, passando por instituições e profissionais despreparados, por informações conflitantes e errôneas, que configuram um amplo espectro de violência física e moral, e mostra que não é apenas o trabalhador que adoeceu, mas que todo o sistema está doente.

3. O caminho das pedras da burocracia

No item anterior, vimos a importância da organização e da luta coletiva de trabalhadores e de suas instituições representativas para o reconhecimento das LER como doença profissional e todo o caminho percorrido para o estabelecimento de garantias e direitos legais. Mas existe um outro lado perverso da LER. É um caminho árduo, nebuloso, que deve ser percorrido individualmente e, muitas vezes, contém armadilhas inesperadas: é a burocracia que se deve vencer para ter garantido o acesso aos benefícios conquistados coletivamente. E esse caminho nos revela uma série de humilhações e crueldades por que passa o bancário lesionado.

O bancário, ao sentir os primeiros sintomas de dor e/ou formigamento, procura seu médico (que pode ser particular, conveniado ou do serviço público de saúde). Se for diagnosticado que os sintomas são de LER, o médico deve solicitar a emissão da CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho) pelo banco. O banco é obrigado a emitir a CAT. No entanto, se houver a recusa, podem fazê-lo o médico que diagnosticou a LER, o Sindicato dos Bancários, qualquer autoridade pública, ou mesmo o próprio trabalhador. A CAT deve ser emitida até o primeiro dia útil após a data do início da incapacidade ou após a data em que foi realizado o diagnóstico médico, isto é, após a conclusão de

que o trabalhador é ou pode ser portador de doença profissional ou do trabalho. O banco deve encaminhar a CAT ao Setor de Benefícios da Divisão de Seguro Social do INSS, para seu registro, anotando inclusive na Carteira de Trabalho. A CAT deve ser emitida em seis vias, uma delas sendo entregue ao trabalhador e outra encaminhada ao Sindicato da categoria³⁹.

Se o banco dispuser de serviço médico próprio ou conveniado, terá a seu cargo o exame médico e o abono de faltas. Se o bancário for afastado por um período superior a 15 dias, o banco deverá encaminhá-lo ao INSS para a realização do exame pericial, que se baseia em quatro elementos:

- a) "história clínica e ocupacional;
- b) diagnóstico clínico (anatomofuncional) fundamentado no exame físico e nos exames complementares, quando justificados e concluídos;
- c) descrição das condições de trabalho geradoras de LER; e
- d) parecer clínico especializado sobre incapacidade temporária, prazo previsto para o afastamento, tratamento instituído e eventual necessidade de reabilitação profissional" (Monteiro, 1995:303).

³⁹ Cf. Norma Técnica sobre Lesões por Esforços Repetitivos; Manual sobre LER - Sindicato dos Bancários de São Paulo; Ribeiro (1999: 124,151); Programa de Prevenção de LER elaborado por representantes de bancários e da FENABAN.

Se o perito concluir pela não existência de LER, deverá fazer a sua descaracterização e anotá-la na Carteira de Trabalho do segurado.

Uma das pedras nesse caminho tortuoso é o estabelecimento do *nexo causal*, ou seja, comprovar que o adoecimento é decorrência de condições de trabalho desfavoráveis. A Norma Técnica sobre LER define o nexo causal como “o vínculo de causa e efeito entre a afecção de uma unidade motora e a solicitação excessiva no trabalho” (Monteiro, 1995:301).

A doença, para ser considerada do trabalho, deve ter provada e comprovada sua causalidade como consequência do processo de produção. Assim, é necessário que as instituições seguradoras, previdenciárias e de assistência médica, que configuram todo um sistema controlado pelo Estado e pelo Capital, reconheçam a doença e sua relação com o trabalho. O trabalhador, vítima de acidente ou doença profissional, assume o papel de “beneficiário” e, para ter direito aos “benefícios”, não só tem que *provar* que está realmente doente como também deve *comprovar* que a sua incapacidade foi causada pelo trabalho. Segundo uma bancária entrevistada, além da crueldade dentro do ambiente de trabalho, “existe toda uma crueldade no INSS, que é sério, muito sério. Só quem já passou é que pode ver o que essas pessoas sentem. Se você for pro INSS de batom, você vai encontrar

peritos que vão dizer assim *você pode passar batom, você pode trabalhar*. Entendeu? Você não sótem que estar doente, como você tem que aparentar que está doente. Você tem que estar, tem que provar e tem que aparentar a doença...”

A teoria do nexo causal em infortunistica⁴⁰ do trabalho reduziu o diagnóstico de acidentes e doenças profissionais a processos mensuráveis, que determinaram os níveis de exposição ao risco, a cada nível correspondendo a um valor numérico. Por sua vez, acabou prevalecendo a apreensão objetiva da realidade do trabalho, de suas condições físico-materiais. Desse modo, as condições subjetivas que levaram ao adoecimento, como a organização do trabalho, as pressões, o ritmo intenso, a sujeição, as relações sociais presentes na empresa, são desconsideradas, por não serem passíveis de medição⁴¹. Diante disso, o reconhecimento das LER como doença profissional representou um grande avanço, apesar de ser uma conseqüência direta do crescimento

⁴⁰ Segundo o Dicionário Aurélio, é o ramo da Medicina e do Direito em que se estudam os acidentes de trabalho e suas conseqüências, as doenças ditas profissionais.

⁴¹ Rodrigo Pires do Rio, com seu trabalho “LER - Ciência e Lei”, nos mostra como a questão da mensuração dos fatores que causam a LER é levada ao exagero da positividade. Em sua opinião, as causas relacionadas a fatores psicossociais possuem um componente fortemente abstrato e intuitivo, que tem levado a disputas litigiosas; “em tais situações a abstração, a falta de dados objetivos que permeia os fatores psicossociais e outros fatores mal definidos, como organização e pressão do trabalho, lança os litígios para o campo de manobras e jogos de interesse e de poder, que nada tem a ver com a ciência”. E mais adiante: “Aguardam-se, ainda, metodologias consistentes para mensurar as pressões psicossociais de acordo com a sua fonte. Quando se trata de manifestações que envolvem a subjetividade, a incomensurável variabilidade individual conduz a uma perda de poder da lógica científica na análise dos dados.(...) Boa parte dos estudos relacionados à DORT, sob o ponto de vista científico, são de extraordinária simploriedade.” (Rio, 1998: 110).

do número de lesionados nas diversas categorias, mas, por outro lado, provocou a discussão sobre as causas subjetivas relacionadas ao adoecimento.

Todas as dificuldades enfrentadas pelos bancários lesionados nesse caminho tortuoso estão envolvidas com a noção de *invisibilidade* da doença. Como provar a existência de uma doença difícil de diagnosticar? E como relacioná-la ao trabalho? O exame clínico permite que o médico perceba as alterações físicas, todavia, o diagnóstico de LER depende, muitas vezes, do *relato* do lesionado sobre seu trabalho e suas sensações. Nesse sentido, o exame e o laudo profissional constituem-se em um *saber especializado* que dá plausibilidade ao discurso do bancário lesionado.

Após esse processo inicial, se o INSS caracterizar a existência de doença profissional, o perito deverá determinar quanto tempo o bancário ficará afastado e qual o período para reavaliação. Nesse mesmo período, o bancário poderá escolher qual o tratamento que irá seguir e realizá-lo com o médico de sua preferência (conveniado, particular ou do serviço público). Nesse período de afastamento, a perícia médica deverá conceder imediatamente o auxílio-doença

acidentário⁴², indicando o número correspondente ao CID - Código Internacional de Doenças. Se, eventualmente, não estiverem concluídas as investigações médicas sobre o diagnóstico da LER e donexo causal, é garantido ao segurado o recebimento do benefício até o limite de 45 dias.

Quando o bancário lesionado chega ao final do tratamento, deverá retornar ao INSS para novo exame pericial. Se o perito concluir que ele não reúne condições para exercer suas atividades habituais, mas pode realizar outras tarefas no banco, deverá ser encaminhado, por meio de guia específica, ao CRP - Centro de Reabilitação Profissional. Após participar do programa de reabilitação, o bancário lesionado deverá fazer um estágio na nova atividade que irá realizar no banco, devendo ser acompanhado pelo CRP.

A reabilitação profissional do bancário é o reconhecimento de que ele está incapacitado parcial ou permanentemente para o trabalho. Portanto, está *desabilitado*, perdeu a habilidade para exercer sua antiga função e precisa adquirir novas habilidades, a fim de desempenhar

⁴² O auxílio-doença acidentário é um benefício mensal, em dinheiro, que corresponde a 91% do salário de benefício do trabalhador imediatamente anterior ao afastamento da atividade, tendo como base os últimos 36 meses. Esse benefício é pago até a alta definitiva ou aposentadoria por invalidez.

outras funções. Para tanto, o CRP deveria contar com uma equipe multidisciplinar, composta por técnicos competentes, que trabalhasse de forma coesa, principalmente em relação às LER. Para o CRP, é muito mais simples lidar com um acidentado que teve uma parte do seu corpo amputado, pois a perda de sua capacidade física e laborativa é visível, tornando seu sofrimento psíquico admissível pela sociedade. Além disso, seus limites e necessidades são objetivos. Por outro lado, as LER, de causalidade múltipla, são carregadas de subjetividade, e acompanhadas de um grande sofrimento psíquico, agravado pela não aceitação social.

O caminho descrito acima é o formalmente estabelecido. Embora todo esse processo pareça claro e lógico, ele não ocorre, na realidade, com fluidez. É um processo intranquilo, que carece muitas vezes de bom senso, visto que os procedimentos dependem do modo como cada profissional interpreta as LER e as queixas dos lesionados. Para estes, o caminho é longo e doloroso, podendo durar vários anos. Em todas as entrevistas, deparamo-nos com o sofrimento e humilhações em cada fase descrita acima. Muitas vezes, o bancário lesionado recebia informações incorretas e acabava por adotar procedimentos que poderiam prejudicá-lo futuramente, com a perda do emprego, retirada de gratificação de função ou perda de benefícios previdenciários.

Diante desse caminho tortuoso, podemos pensar na abrangência das LER e da dificuldade que é estabelecer causas e conseqüências estanques, sem relação com um espectro social mais amplo. A análise das causas e conseqüências desse tipo de adoecimento aponta para o caráter subjetivo nele presente.

4. Causas e Conseqüências

Discorrer sobre as causas e conseqüências das Lesões por Esforços Repetitivos implica em ampliar o leque da discussão sobre as doenças profissionais, percebendo seu caráter multicausal, que ultrapassa as explicações simplesmente biológicas de um pedaço do organismo que funciona deficientemente. Para analisar as doenças profissionais, é necessário enfocar não apenas o trabalhador doente, mas o contexto social no qual está inserido.

A relação saúde-doença é determinada socialmente e tem que ver com o modo como os indivíduos inserem-se no processo produtivo. Nesse sentido, as LER são afecções que se referem à penosidade do trabalho, trabalho esse que exige esforços físicos e mentais causadores de sofrimento, sobre o qual o trabalhador não possui controle. Os sintomas mais comuns relacionados às LER são as sensações de

desconforto, peso, anestesiamento, formigamento e dor localizadas em dedos, mãos, punhos, braços, cotovelos e ombros. O local atingido pode sofrer alterações de cor e temperatura, acompanhadas pela redução dos movimentos.

Alguns estudiosos identificaram os fatores de risco que contribuem para o desenvolvimento das lesões; entretanto, não são determinantes e não devem ser considerados isoladamente (Maciel, 1997; Rio, 1998; Araújo, 1998; Ribeiro, 1999). Podemos dividir as causas das LER em biomecânicas e psicossociais.

Dentre as causas biomecânicas, encontramos: *posturas* fixas e inadequadas em trabalhos eminentemente sedentários, como o trabalho bancário. A adoção de posturas inadequadas no trabalho relaciona-se com as características dos postos de trabalho e com a capacidade de adequação do mobiliário às características físicas do trabalhador. *Movimentos* que exigem *força* e *repetitividade* também compõem a explicação causal das LER. O *tempo* e a *temperatura* a que o trabalhador está submetido também constituem-se em fatores de risco (Maciel, 1997:168-172).

Outros fatores que propiciam o surgimento das LER relacionam-se às causas psicossociais. A *organização do trabalho*, principalmente

após as mudanças sofridas no trabalho bancário ⁴³, afeta a relação entre trabalho e saúde. Um trabalho com *tarefas empobrecidas* em seu conteúdo, que oferece pouca ou nenhuma flexibilidade ao trabalhador, *grande pressão* por produtividade e alcance de metas, *problemas de comunicação* entre níveis hierárquicos distintos e *extensa jornada de trabalho* contribuem para a intensificação das causas biomecânicas e, conseqüentemente, para o desenvolvimento das LER. As características físicas e pessoais de cada indivíduo também compõem esse conjunto de causas. Tais características vão desde o tipo de musculatura até o modo como realizam as tarefas e se sujeitam aos fatores acima mencionados (Maciel, 1998:172).

Alguns autores argumentam que o clima presente nas organizações contitui-se em fator que pode contribuir para o adoecimento (Maciel, 1998:172; Rio, 1998:109; Araújo, 1998:52). O trabalho em um clima organizacional desfavorável, sem perspectiva de carreira, com baixa remuneração, inseguro, sob uma atmosfera de incerteza, faz com que aumentem as queixas em relação à saúde.

Freqüentemente, vemos que as intervenções nos ambientes de trabalho limitam-se aos fatores biomecânicos, deixando de lado as causas psicossociais. As empresas investem uma grande soma na

⁴³ Conforme desenvolvido no Capítulo II.

remodelação do *layout*, atendendo aos quesitos ergonômicos para a realização do trabalho de uma maneira confortável, e, na maioria das vezes, fracassam, comprovando que é preciso repensar toda a estrutura organizacional, privilegiando o chamado “fator humano”. O relato de um dos entrevistados revela que o trabalhador entende que tais mudanças são voltadas apenas para a adaptação das máquinas, e acabam mascarando condições degradantes de trabalho.

“Então só foi mudado as máquinas de caixa, né, o terminal de caixa foi alterado, mas as condições de trabalho continuaram as mesmas. Então era a mesma mesa, a mesma cadeira, a mesma altura, as mesmas gavetas, tudo era igual! Só que a gente... Tudo foi feito de forma a adaptar a máquina e não pra adaptar a pessoa. As condições de trabalho... elas vieram se degradando nesses 12 anos, elas eram melhores...”.

Uma outra discussão, polêmica, que marcou a questão do aumento na incidência das LER, principalmente no setor bancário, foi a corrente que procurou explicá-la pela via psicológica, por meio de dois enfoques. O primeiro procura explicar a LER relacionando-a ao estresse, que causaria um aumento da tensão muscular, diminuição das defesas do organismo e sobrecarga mental. O segundo enfoque busca explicações baseadas nas características pessoais dos lesionados: o

indivíduo lesionado possui certas características que aumentam as exigências sobre sua própria produtividade, fazendo com que aumente a velocidade de seus movimentos e a intensidade do seu ritmo de trabalho. Esse enfoque rotula o lesionado como um indivíduo obsessivo. Essa explicação não leva em consideração que a organização do trabalho e as relações sociais estabelecidas em seu ambiente exercem grande influência sobre os comportamentos individuais que a eles estão submetidos. Nesse sentido, a obsessão pode ser resultado de um ritmo de trabalho intensivo, ao qual o trabalhador é levado a se submeter.

Reduzir as LER a explicações puramente psicológicas pode levar a conclusões perigosas, como certa autora australiana (Lucire,1986; apud Lima&Oliveira,1998) que concluiu serem originárias de comportamentos históricos, relativos ao trabalho ou a qualquer outra instância da vida. Esse tipo de análise contribuiu para a intensificação da culpabilização e responsabilização do lesionado sobre a doença, pois essa está carregada de valores relativos a fraquezas individuais. A ideologia da culpabilização desconsidera as condições de trabalho e gera maior sofrimento ao indivíduo doente.

Todo tipo de intervenção que se deseja realizar em ambientes de trabalho que propiciaram o aparecimento de lesões deve considerar o binômio diversidade-variabilidade, isto é, num grupo, as pessoas são

diferentes e possuem diferentes limites, variáveis no decorrer do tempo (Lima&Oliveira, 1998:148). Portanto, não se deve excluir indivíduos doentes, mas procurar construir um ambiente baseado nessa diversidade de sujeitos.

E quais as conseqüências trazidas pelas lesões por esforços repetitivos? 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. Muitos estudos demonstraram como o trabalho acaba por influenciar diversos aspectos da vida de cada trabalhador. A apreensão do mundo pelo indivíduo e a construção de sua identidade estão norteadas pelo trabalho. É ele que condiciona os modos de morar, comer, vestir-se, transportar-se, relacionar-se. As pessoas, ao serem indagadas sobre quem são, freqüentemente respondem o que fazer, no que trabalham.

Quando o adoecimento se faz presente, todo esse mundo estruturado em torno do trabalho desmorona, e o indivíduo lesionado acaba perdendo suas referências sociais, familiares, de trabalho. O bancário lesionado, ao ser afastado do trabalho devido ao adoecimento, sofre ainda mais, pois sua identidade, que até aquele momento era estruturada de maneira importante pelo trabalho, passa a ser

desconstruída, pois ele acaba percebendo-se como um ser incapaz de realizar. Em todas as entrevistas realizadas, percebemos que, no período de afastamento, as pessoas, que passaram a dispor de um tempo livre maior, não foram capazes de fazer nada do que sempre tiveram vontade: cursos, viagens, ginástica, visitar amigos, etc. Todo o tempo de afastamento foi vivido e consumido pela perspectiva de retornar ao trabalho.

A desestruturação da vida do bancário lesionado também está baseada no fato de ele ter que, constantemente, provar que está doente. As Lesões por Esforços Repetitivos possuem uma característica *sui generis*: a invisibilidade. Esta acompanha o bancário desde os primeiros sintomas de dor e formigamento. Desta forma, seu discurso é posto a prova a todo o momento e em todos os lugares: no trabalho, na família, nos serviços médicos de saúde (públicos ou privados), no círculo de amigos, na vizinhança, enfim, em toda a sociedade. O discurso da invisibilidade, muitas vezes, é aceito pelo próprio lesionado, fazendo com que negue ou esconda seu sofrimento.

Portanto, acreditamos que a consequência mais importante do adoecimento por LER não é a incapacitação física, mas todo um ciclo de sofrimento ao qual o lesionado é submetido; uma vez que, além do sofrimento físico: dor, desconforto, limitações em realizar as tarefas

cotidianas, afastamento do trabalho, ele tem destruídos seus projetos de vida e é obrigado a conviver com um sentimento de desconfiança e marginalidade.

Assim, o bancário lesionado sofre uma ruptura na construção de sua identidade e defronta-se com a necessidade de reconstruir um mundo mais plausível e adaptado a essa nova realidade.

CAPÍTULO IV

**AS REPRESENTAÇÕES SOBRE A
RELAÇÃO SAÚDE - DOENÇA**

1. Os Estigmas do Adoecimento

Em todas as entrevistas, pudemos notar que os discursos estão sempre carregados de elementos estigmatizantes. Segundo Goffman (1988:7), 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. A análise dos discursos revelou que os lesionados sofrem duas formas de exclusão: a que parte do próprio lesionado, em relação aos grupos aos quais pertence, e aquela que parte desses grupos e da sociedade como um todo, em relação ao lesionado.

Para os gregos, o estigma relacionava-se aos sinais físicos ou corporais “com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o *status* moral de quem os apresentava” (Goffman, 1988:11). Esses sinais, feitos com cortes ou queimaduras a fogo, passavam a significar que a pessoa era um escravo, criminoso ou traidor. Portanto, essas marcas *estigmatizantes* indicavam que o contato com esses indivíduos deveria ser evitado. Assim, o termo estigma passou a ser usado para referir-se a um atributo depreciativo, negativo. Goffman divide os estigmatizados em duas categorias: *desacreditados* e *desacreditáveis*. A condição do *desacreditado* refere-se ao indivíduo que possui seu atributo depreciativo visível ou conhecido por todos e

imediatamente evidente. No casos dos acidentes de trabalho, podemos dizer que os trabalhadores que sofreram amputação - uma marca visível - pertencem a essa categoria. A condição do *desacreditável* é aquela do indivíduo que carrega um estigma que não é conhecido por ninguém ou que não é visível⁴⁴. Podemos afirmar que os bancários lesionados transitam o tempo todo por essas duas condições: são desacreditáveis antes de oficializarem sua limitação física no grupo de trabalho, familiar e de amigos; assumem a condição de desacreditados quando essa limitação é tornada pública, porém continuam desacreditáveis perante outros grupos em que não há necessidade de mostrar a lesão. O estigma, pois, refere-se a um indivíduo que possui alguma 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.

Para Goffman, a exclusão do estigmatizado demonstra haver uma idéia compartilhada coletivamente de que alguém que carregue um atributo depreciativo não seja completamente humano e, a partir daí, surgem as discriminações que, inconscientemente, reduzem suas chances de vida e de convívio social. Assim, surgem representações que

⁴⁴ Para o autor, podemos falar em três tipos de estigmas: os estigmas carregados por pessoas com deformidades físicas; os relativos a culpas de caráter individual e aqueles baseados em elementos raciais, religiosos ou nacionais.

procuram justificar “a sua inferioridade e dar conta do perigo que ela representa, racionalizando algumas vezes uma animosidade baseada em outras diferenças” (Goffman, 1988:15).

Ao analisar os discursos dos bancários lesionados, foi possível constatar que toda representação acerca das LER é permeada de experiências estigmatizantes, conforme o conceito desenvolvido por Goffman. Apesar da doença significar a privação do trabalho, o sofrimento decorrente não tem relação direta e primordial com o medo de perder o emprego e as condições de prover a subsistência. O adoecimento traz o estigma desestruturante de uma identidade firmada em valores morais, em que o trabalho e a vida produtiva são norteadores de todos os aspectos da vida. Nesse sentido, os depoimentos dividem-se em *antes e depois* da lesão e desvendam o caráter de desconstrução de uma identidade; fornecem também, no entanto, as bases para a sua reconstrução, baseada em novos valores.

2. Negação e Ocultação da Doença

Todos os bancários entrevistados relataram sentimentos e atitudes similares em relação aos primeiros sintomas da LER, ou seja, a negação inicial de que as dores sentidas eram sintomas da doença, que

poderia já estar instalada e, posteriormente, tendo sido diagnosticada, uma tendência a ocultá-la, tentando suportar a dor e manter uma postura de normalidade. Esse fato relaciona-se ao caráter de invisibilidade da doença, que dificulta o seu reconhecimento e o estabelecimento de sua relação com o trabalho. Outro fator desencadeante desse comportamento é que os bancários não-lesionados conheciam as dificuldades e pressões sofridas pelos que haviam assumido a doença, desencadeando o medo de sofrer a mesma exclusão e de estar incapacitado para trabalhar. Conforme um entrevistado, quando sentiu os primeiros sintomas de dor e formigamento, ficou totalmente confuso com tantas informações desconhecidas:

“É no começo você pensa que não é mesmo, né, fica meio cismado. Cê acha que é, uma hora cê acha que é, outra hora cê acha que não é, e acaba ficando com medo mesmo. Acaba entrando na onda dos outros, né... (...) No começo você pensa em tudo, demissão... Cê tá com medo de tá doente também, então cê já não pode... Cê cria uma confusão na tua cabeça, cê não sabe o que cê faz, cê não sabe se você entra com acidente de trabalho, se não entra...”

Outro entrevistado relatou que ocultou seu estado tendo em vista as dificuldades sofridas pelos primeiros casos de LER no banco, evidenciando o medo de ter a vida completamente revirada pela

doença, por algo desconhecido, que poderia abalar a normalidade de uma vida norteadada pelo trabalho, bem como destruir projetos de vida.

“Porque teve gente que bateu cabeça pra tudo quanto é lado, principalmente os primeiros casos, e foi muito difícil pra esse pessoal, né? (...) Como o trabalho, pra todo mundo, eu acho que é uma coisa que ocupa quase a totalidade da vida das pessoas, e você está incapacitado de exercer uma função é algo muito complicado, muito sério!”

A ocultação da doença traz um sofrimento muito grande ao lesionado, não somente pela dor, mas pela desestruturação em todos os aspectos da vida que a doença pode causar, principalmente no que se refere à construção de uma identidade relativa ao trabalho. Ao ser questionada sobre sua atitude no trabalho quando as dores se tornaram mais intensas, se isso começou a afetar sua produção, uma bancária relata que procurou superar a dor para não tornar visível a sua limitação.

“Não [prejudicou o trabalho], porque eu não assumia, né. Acho que a LER, o lado mais difícil da LER pra mim foi esse. É não assumir. (...) É muito difícil, pelo menos pra mim, era muito difícil aceitar que eu tava perdendo a minha capacidade laborativa, que... eu tava ficando doente e era uma doença irreversível, né. Tudo o que eu via nos colegas

e eu falava assim *Não! Comigo não pode acontecer!* estava acontecendo, né! Então eu fui prorrogando ao máximo. Eu tentei tratamento alternativo, tentei uma série de coisas, até... assumir de fato e... fiz o afastamento. Só que aí já era meio tardinho...”

Além do medo de perder o emprego e não conseguir atender às necessidades de sobrevivência, suas e de sua família, o lesionado é levado a encobrir seu estado de saúde devido ao sofrimento consequente 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 portadoras de *doença contagiosa*, como se o convívio com o bancário lesionado pudesse levar os outros a apresentar os mesmos sintomas.

Um entrevistado encobriu a doença até o momento em que não era mais possível, devido à oficialização de seu afastamento, quando, segundo ele, foi o momento de “abrir o jogo”. Justificou essa atitude pelo medo de ser tratado como outras duas colegas lesionadas:

‘Eu acho que tinha uma incompreensão também pelos colegas, porque elas eram encaradas como as pessoas... que não tavam a fim de trabalhar, e ficavam encostadas. (...) E esses dois casos eram casos das pessoas meio problemáticas e... passaram a ter... esse problema, e elas

ficavam encostadas. Colocavam elas em situações... humilhantes. Em situações de trabalho que não eram trabalho, era... encosto!”

Nesse caso, a presença do lesionado no banco diz aos “normais” que eles carregam um potencial para o adoecimento. Relacionar-se com o lesionado contagia o “normal” com o estigma da doença, já que os chefes podem pensar que ele está levantando informações sobre como “matar o trabalho”. Se, no futuro, o “normal” apresentar algum sintoma de LER, será descreditado por ter sido visto anteriormente com o colega lesionado.

Em algumas situações o bancário lesionado é pressionado por esse encobrimento⁴⁵, temendo sofrer com o descrédito de sua doença. Mesmo tendo garantias legais da existência da LER, o lesionado é levado a negá-la. Nessas situações, estão envolvidos diversos sentimentos, como culpa, vergonha e constrangimento, relacionados ao fato de não estar trabalhando e continuar recebendo um salário por isso, ou então pela vergonha de receber um benefício previdenciário (auxílio-doença) que confirma seu estado de saúde.

⁴⁵ “O fenômeno do encobrimento sempre levantou questões referentes ao estado psíquico da pessoa que se encobre. Em 1º lugar, supõe-se que ela deve necessariamente pagar um alto preço psicológico, um nível muito alto de ansiedade, por viver uma vida que pode entrar em colapso a qualquer momento” (Goffman, 1998:98).

“É difícil. Eu tenho LER e recebo também [auxílio-doença]. E eu criei o mecanismo de não ir ao banco. Não vou no banco... Porque o primeiro dia que eu fui receber, que eu mostrei o cartãozinho... o... o vigilante da agência bancária perguntou se eu tava indo receber pra minha mãe. E eu fiquei completamente perdida... E eu não consegui me defender dele. Eu disse *É da minha mãe, e eu sou procuradora dela!* Entendeu? Aí ficou que aquele benefício é da minha mãe. (...) Mas o que eu ia fazer? Entrando com o cartãozinho... porque na agência tinha que mostrar o cartãozinho pra poder entrar (...) Você passa no caixa e ele olha pra você e vê que você tá recebendo aquele benefício e ele não identifica o número como sendo de pensionista... Ele te olha julgando, entendeu? Ele até pode não tá, mas a sua sensação é de que tá.”

A sensação de estar sendo julgado (e condenado) faz com que o bancário lesionado carregue um sinal visível de sua condição, a fim de “provar” às outras pessoas que seu estado é real, e não fingimento. Neste momento, passa a ser desacreditado, devendo manipular situações difíceis e tensas. Passa a se esforçar para que sua condição de lesionado não apareça muito, reduzindo a tensão no convívio social.

Conforme o depoimento de um dos entrevistados, ao ser readaptado em uma nova função, procurou trabalhar normalmente, respeitando suas limitações físicas, e começou a produzir mais que os

“normais”. Essa atitude trouxe alguns problemas, visto que as pessoas esperam que o lesionado não produza ou se lamente o tempo todo; assim, ele passou a ser questionado sobre a veracidade de sua condição física. As pessoas estigmatizadas são encorajadas a demonstrar sua limitação, e não a acobertá-la. Ao procurar levar uma vida normal e trabalhar como de costume, acabam enfatizando a saúde. Não demarcando a diferença, lembram a todo o momento que são pessoas comparáveis às “normais”. Quando o bancário lesionado deixa de encobrir sua condição, passa a reelaborar sua identidade, que deve ser aceita socialmente. Segundo Goffman, essa é a condição especial que compõe uma certa “política da identidade”, definida socialmente. É a sociedade quem diz ao bancário lesionado que “ele é um membro do grupo mais amplo, o que significa que é um ser humano normal, mas também que ele é, até certo ponto, ‘diferente’, e que seria absurdo negar essa diferença. A diferença, em si, deriva da sociedade, porque, em geral, antes que uma diferença seja importante, ela deve ser coletivamente conceptualizada pela sociedade como um todo” (Goffman, 1988:134).

3. Representações sobre Sofrimento e Perdas

O caminho percorrido pelo lesionado, desde os primeiros sintomas, é permeado de grande sofrimento. Sofrimento relacionado aos sintomas de dor que acabam fazendo parte de sua vida, tanto durante a jornada de trabalho quanto no período em que está com a família, nos afazeres cotidianos, nos períodos de lazer e descanso. Sofrimento baseado no medo de perder o emprego, de perder a capacidade para o trabalho, a estabilidade e credibilidade adquiridas perante a sociedade como um ser produtivo, de ser excluído dos grupos aos quais pertence, de ser visto como um vagabundo simulador de doenças.

Nesse momento, estar doente e assumir essa condição significa ter várias perdas, inclusive da identidade construída durante toda a vida. há uma luta constante para provar e comprovar essa condição, além questionamento freqüente a respeito da responsabilidade sobre a saúde. Ao serem indagados sobre as causas da doença, os entrevistados revelaram que, num primeiro momento, passaram por um período de culpabilização pelo seu estado. Esse sentimento era reforçado pelas chefias e pelos colegas no trabalho. Ao tomarem contato com outros lesionados e profissionais da saúde, passaram a ver um outro lado da doença.

“Até então a LER era uma doença e, infelizmente, eu tava lesionada porque eu me submeti, né, a determinadas rotinas... Eram problemas posturais e... eu... até eu afastar pra tratamento eu... eu era a causa da LER, né.”

“Eu morria de medo. *Vai sujar minha carteira. Vão me demitir...*”

“Eu falava assim: *Ah, meu Deus, e agora? Se o banco me mandar embora eu não vou trabalhar em mais nada, né, perdi... Ah, eu não sei fazer outra coisa!...*”

“Eu não aceitava... *Por que eu fiquei doente? Onde foi que eu errei? O quê que eu fiz de errado? A culpa é minha mesmo!* Eu ouvia muito dizer que era psicológico e eu acreditei que era psicológico! Eu criei! Então era psicológico mesmo: eu criei, era minha culpa, eu fiquei doente por minha culpa...”

Nas representações dos lesionados sobre a LER, o sofrimento também esteve presente durante o período de tratamento. As relações estabelecidas com os médicos eram permeadas de dúvidas e falta de esclarecimento sobre as causas e conseqüências da doença, formas de tratamento e possibilidade de cura. Os discursos revelam que, em muitas ocasiões, os lesionados sentiam-se como cobaias submetidas a experimentos, sem grandes garantias de melhora.

“...eu... eu escolhi qualquer um, qualquer profissional que apareceu no livrinho, né... Ele virou pra mim e falou... curto e grosso, né: *não, a gente faz uma cirurgia daqui a umas duas semanas numa das mãos, resolve, daqui a um tempo a gente faz na outra e você tá... tá livre do problema, né. Aí assustou muito!*”

“Mas eu fiquei com ele só seis meses... com esse médico. Dava fórmula, né, pra eu tomar, e atacava o estômago, fígado, cê começa a inchar porque é corticóide, né. Parei de tomar o remédio e nisso a dor piorou... E eu falei pra ele que não tava adiantando e que eu não queria mais continuar tomando. Ele falou que ia aumentar a dose!”

“Fiquei afastada dois anos e meio e nesse período fiz duas cirurgias. Depois da primeira o médico me disse pra voltar a trabalhar em duas semanas... mas as dores começaram a piorar tanto... Sentia dores em todo o braço, todos os meus dedos ficaram enrijecidos... comecei a sentir fisgadas e choques nas mãos... Piorou muito...”

As LER também causam sofrimento ao provocar alterações nas rotinas e nos relacionamentos familiares. O lesionado passa a ter limitações não somente nas atividades relativas ao banco, como também em outras que lhe davam prazer ou eram rotineiras. Principalmente

nessas últimas o sofrimento era maior, porque evidenciava a incapacidade, trazendo à tona um sentimento de inutilidade.

“Ah... acabou afetando minha relação com todo mundo... com marido, com filho, com mãe... Com meu filho, que eu não tinha o hábito de conviver com ele o tempo todo, então a gente usava o pouco tempo que tinha com mais qualidade. De repente, eu me vi com todo o tempo do mundo em casa e incapaz de fazer qualquer coisa! Então... era aquele tumulto o dia inteiro, né! Então teve uma fase assim, depois de uns dois, três meses que eu estava em casa que ele falou assim *Quando você vai voltar a trabalhar, mamãe?* (risos) Ele falava isso porque ele não agüentava mais. Então como eu não podia fazer determinadas coisas, eu ficava no pé dele.”

“Às vezes eu fico chateado porque eu não consigo fazer certas coisas que eram muito fáceis antes da LER... Que coisas? Ah... escrever, tocar violão, lavar o carro... até dar uns tapinhas no meu filho (risos). Quando alguém me pede ajuda pra fazer uma coisa que antes eu podia ajudar... como montar móveis ou carregar coisas pesadas... tenho que dizer que não posso por causa do meu braço, parece que eu tô mentindo... Eu mesmo acho que tô mentindo! A gente acaba se sentindo meio inútil, assim...”

Tarefas simples como abrir garrafas e tampas de vidro, cuidados com a higiene pessoal, tarefas domésticas tiveram que passar por uma série de adaptações para poderem ser realizadas. Essas dificuldades não eram facilmente compreendidas pelos amigos e familiares, fazendo com que o lesionado sentisse uma certa desconfiança em relação à veracidade de sua condição.

“A dor ainda era de menos. Eu tinha muita dormência, então deu medo de dirigir. Tinha medo que furasse um pneu e eu não pudesse trocar sozinha... Então são coisinhas simples e pequenas, né. Não abria uma garrafa... Umas coisas assim... absurdas. Eu pegava um copo e o copo caía e quebrava...”

“Bom, cabelo, até hoje, né, tenho dificuldade...”

“De ficar menos disposta sexualmente, menos... A vida social, né *Vamos visitar um amigo? Ah, não! Hoje? Deixa pra amanhã, deixa pra depois...* Mudando e entrando na rotina começa a quebrar as estruturas...”

“Bom, dentro de casa adaptei... na cozinha praticamente tudo, né? Então... hoje eu abro garrafa, eu abro até... lata ou vidro de palmito, né. Mas tudo na base do jeitinho...”

“Então... todo mundo te olha e fala assim *“não, tem um braço, que é muito bom, muito bonito. Duas pernas, né, cê tá aí... O quê que cê tem? Tá com dor? Por que você tá assim? Não aparece, né?”*

Mas o que encontramos de mais cruel em todas as representações sobre LER é que todos os discursos demonstram haver um momento em que a pessoa começa a viver a doença 24 horas por dia. Como o tratamento exige um período longo, as pessoas passam a criar uma rotina voltada exclusivamente para a doença. Algumas chegaram a dedicar 5 dias da semana para o seu tratamento. Os médicos, por sua vez, concentram toda a atenção na parte do corpo que está doente, e não se preocupam com a pessoa como um todo. O que acaba por acontecer, em alguns casos, é a pessoa assumir a identidade daquele braço doente e negligenciar os cuidados rotineiros com a higiene e com os exames periódicos preventivos. Uma das entrevistadas impressionou-se ao conhecer um rapaz com LER que parou de escovar os dentes por causa da dor e acabou por perdê-los todos. O que a intrigou é que ele estava sendo acompanhado por um médico que limitou-se a tratar do seu braço, não se preocupando em questionar de que maneira a lesão estava afetando a sua vida.

“Ele tava fazendo tratamento e nunca ninguém perguntou pra esse cara *como é que você... sabe?* Ninguém perguntou! Ninguém! Mas

eu fico impressionada de que essa pessoa, com mais ou menos três anos de tratamento, nem o médico, nem o fisioterapeuta, nem o psicólogo, ninguém perguntou pra ele como ele tava cuidando dele mesmo! Cuidados pessoais! Ele virou um braço, um braço que não funciona! O resto não foi interessante pra ninguém...”

Ou conforme depoimento de outra lesionada, que se deu conta que estava negligenciando sua saúde e vivendo a lesão quando a médica lhe perguntou se ela havia feito os exames de rotina.

“Eu percebi que eu tinha me transformado no meu tendão inflamado quando a médica me perguntou *Escuta, você tem feito seus exames de rotina?* E eu respondi: *Que exames de rotina?* Aí eu percebi que eu tava indo todo o dia no médico, só que eu acreditei que era um braço. Eu fazia terapia, só que a terapeuta fazia pro braço e não pra mim, entendeu? Então eu passei a viver a doença 24 horas por dia, só que era só a LER. Dente não existia, pele não existia, útero não existia, os exames ginecológicos, só depois quando eu ficasse boa...”

De acordo com este depoimento, fica claro que os lesionados adiam diversos planos para depois da doença e assumem o papel que os médicos lhes impõem, ou seja, o papel de um órgão doente, incapacitado para o trabalho. Como a LER é uma doença invisível, essa

é a forma encontrada pelos lesionados para lhe dar um pouco de visibilidade. Entretanto, vimos que essa visibilidade custa uma série de sofrimentos e acabam desconstruindo a pessoa portadora de LER, fragmentando-a em pedaços.

4. Uma Doença Invisível

Quando o indivíduo carrega um atributo estigmatizante que não é visível (como é o caso das LER), ocorre a necessidade de manipulação da informação sobre sua condição limitante. Essa informação é transmitida pela própria pessoa pelo modo como seu corpo se expressa quando interage com os outros. Tal informação também pode ser transmitida por meio de um símbolo. Esses *símbolos de estigma* constituem-se em “signos que são especialmente efetivos para despertar a atenção sobre uma degradante discrepância de identidade que quebra o que poderia, de outra forma, ser um retrato global coerente, com uma redução conseqüente em nossa valorização do indivíduo” (Goffman, 1988:53). O bancário lesionado pode ocultar ou não a informação sobre sua lesão, usando ou não a tala imobilizadora em seu braço. A tala é o símbolo que nos informa sobre a existência da lesão.

“No meu último dia de trabalho, meu chefe me chamou num canto e falou *Isso não existe!* Então eu mostrei o diagnóstico do médico e a tala na minha mão e nem assim ele acreditou. O gerente da agência nem quis tomar conhecimento do meu caso... O preconceito que a gente sofre é o pior de tudo...”

Tornar a lesão visível, desta forma, passa a interferir no que pode ser dito a respeito da identidade social do bancário lesionado, que passa a ter novos elementos para basear suas ações futuras. Até o momento em que o lesionado revela sua condição, ele não possui problemas em se relacionar socialmente no seu trabalho. Porém, a partir do momento em que torna pública sua incapacidade, esta passa a interferir no fluxo das interações sociais, transformando-o em um indivíduo improdutivo e limitado em sua capacidade laborativa. Por outro lado, como sua doença não é visível, no momento da revelação pode-se impingir ao lesionado a “pecha” de fingido e vagabundo, e esse é um outro estigma que impede sua aceitação social plena. Esses dois tipos de estigma carregados pelo lesionado interferem na formação de sua identidade pessoal.

“Acho que a gente tem muito medo de fazer parte de um grupo de pessoas discriminadas. Além de eu tá morrendo de dor ainda tinha que escutar dos outros que eu tava enrolando, gostando da mamata,

que eu tava parecendo funcionário público, *só vem no Banco pra pegar o salário e os vales...*”

A invisibilidade das LER desencadeia uma série de práticas que visam a sua invalidação. Desse processo faz parte a desconstrução da identidade do trabalhador, em que a doença é um marco divisório, fato este comprovado pelos discursos dos entrevistados, que mostram haver uma identidade do “antes” do adoecer e outra do “depois”, esta geralmente negando aquela.

“Antes da doença eu me sentia importante no banco... e era considerada pelos meus colegas e superiores... Depois eu senti que as pessoas me discriminavam porque essa doença não transparecia na minha aparência. Eu não tava pálida, magra, mancando... com cara de doente, né, então todo mundo pensava que eu tava fingindo...”

“Depois da LER quase tudo mudou... não dá pra ser a mesma pessoa! Por exemplo, a minha letra, a minha caligrafia já não é a mesma... Eu acho que eu posso dividir a minha vida em antes e depois da LER(...) Parece muitas vezes que o tempo parou e que eu vivo no passado, porque a gente fala assim *eu era caixa, eu fazia natação, eu jogava vôlei, eu fazia isso e aquilo...* Então eu percebi que eu vivia o que eu era e fiquei um tempo sem modificar isso. Daí eu não tinha nada pra

dizer quando eu tinha que falar no presente *Eu sou isso, eu sou aquilo*. Então parece que a gente perde o direito de viver a vida normalmente e eu percebi isso no convívio com os colegas, porque a LER sempre me acompanhava... a gente passa a ser ineficiente para o trabalho e até pra mim mesmo e na minha vida particular eu fiquei vivendo um bom tempo aquilo que 'eu era'..."

Nos discursos, o período anterior ao adoecimento é, em certa medida, permeado de boas lembranças e valores positivos, uma vez que representa um tempo de solidariedade e companheirismo, quando o trabalho era sentido como fonte de alegria relacionada à saúde. Entretanto, devemos ter em mente que esse tipo de representação só é possível se pensarmos que os entrevistados estão olhando o passado com as lembranças de um sofrimento recente, causado pelo adoecimento. O período relativo ao "depois" da LER é sentido como um tempo de rupturas, mágoas, ironias e discriminações, no qual o trabalho perde seu caráter positivo e revela sua face de violência. As representações surgidas aqui revelam as dificuldades em lidar com o presente e planejar um futuro repleto de limitações, exigindo que as identidades sejam reestruturadas sob novas bases.

5. Processos e Práticas de Descrédito

Apesar de seu reconhecimento legal e médico, todo o processo que envolve o adoecimento por LER é acompanhado por práticas que desacreditam o bancário lesionado e seu sofrimento. O processo de invalidação é longo e se inicia com os primeiros sintomas. A perda da capacidade laborativa é vista como uma forma de escapar ao trabalho e relacionada a um tipo de malandragem. Essa forma de compreender o adoecimento é traduzida por certas práticas que partem dos superiores hierárquicos, dos colegas no trabalho, dos médicos da empresa, dos peritos do INSS, dos familiares, e do próprio lesionado. As práticas de invalidação desconsideram os problemas e as dificuldades enfrentadas pelos lesionados e comprovam como as relações de trabalho tornaram-se desumanizadas e impessoais, convertendo-se em outra fonte de sofrimento, uma vez que a análise dos discursos revela que os bancários consideram as relações estabelecidas dentro do banco como relações de amizade.

“Antes eu não media esforços pra chegar bem cedo no Banco pra ajudar meus amigos... Pra mim o Banco era como uma família... Hoje eu vejo que não era nada disso porque eu chego no trabalho e ouço o pessoal dizendo que eu tô com frescura...”

“Quando eu tava afastado eu senti muita saudade do Banco, do convívio com os amigos que eu achava que tinha no trabalho, porque depois eu percebi que não tinha amigo nenhum, que eram só colegas... Porque ninguém veio me visitar quando eu tava afastado, nem um telefonema! Quando eu ia até a agência algumas pessoas que eu considerava amigas nem me cumprimentavam, nem perguntavam se eu estava melhor ou não... Então eu acho que eu sentia saudade era de ser útil para alguma coisa...”

No momento em que a LER é revelada às chefias superiores, o bancário lesionado sofre o primeiro impacto de descrédito. A gerência e as chefias procuram individualizar a doença, contribuindo para dificultar a sua relação com o trabalho. Fazem isso colocando em dúvida as queixas do funcionário sobre as dores, a dificuldade para trabalhar e as ausências. Um dos entrevistados relata que, no momento em que apresentou o laudo médico ao gerente, este rasgou-o, dizendo *“olha, o caixa é ali; ou você abre o caixa e trabalha ou você é demitido...”*. Dessa forma, acabam por responsabilizar o bancário lesionado por seu estado de saúde, acusando-o de falta de profissionalismo e insubordinação por não produzir como antes. Ao agir dessa forma, gerentes e chefes acreditam estar prevenindo o aparecimento de outros casos.

“... foi logo no início das minhas dores... Então tinha um supervisor lá na agência que ameaçava toda vez que alguém reclamava de dor. Então o que aconteceu? Os casos de LER foram se agravando... Daí quando eu tive que me afastar, esse supervisor me falou assim que LER não era um caso para o departamento de saúde do banco, mas para auditoria! No fim, eu me senti como um criminoso...”

O adoecimento implica em diversas ausências do bancário no trabalho. Podemos dizer que os motivos de certas ausências são socialmente mais aceitas que os provocados pelas LER, tais como algumas doenças convencionais ou licença-maternidade. Quando a falta ocorre na fase inicial da lesão, as reclamações são veladas e, com o passar do tempo e o agravamento da doença, passam a ser explicitadas de várias maneiras. Essas atitudes são percebidas pelos bancários lesionados como uma forma de acusá-los de simuladores e vagabundos, com um grave tom discriminatório. Como demonstra outra prática, testemunhada por um dos entrevistados, que coloca em questão o caráter do trabalhador, isto é, quando há o comprometimento da capacidade para o trabalho, é feita uma relação com o seu caráter pessoal: *“Você não presta! Você tá simulando! Isso não existe e você será demitido assim que retornar ao trabalho!”*

Em outra situação, a gerência procurou adiar ao máximo a oficialização da doença fazendo promessas de rodízio de posto ou de promoção, ou mesmo procurando criar um clima de terrorismo em cima da atitude do lesionado em assumir ou não a doença.

“A administração me orientou tudo o que aquilo implicaria, né. Ele deixou bem claro que seria uma opção minha... Ele falou que... eu taria com a carteira carimbada, que isso poderia implicar na minha carreira no banco... Mas daí você começa a ver que a administração não tá nem aí, que o gerente ficava prometendo que ia me tirar do caixa, que ia fazer um rodízio e não sei o quê...”

Foi comum ouvir dos entrevistados que esse tipo de atitude causou uma espécie de decepção e mágoa, tendo em vista que todos, de certa maneira, tinham consciência de que haviam adoecido por causa do trabalho. A subjetividade dos entrevistados relaciona seu estado físico ao desrespeito do Banco a tantos anos de dedicação fiel ao trabalho, e acaba comparando-os a um móvel ou máquina com defeito, facilmente substituível por outro objeto mais novo e eficiente.

“A princípio eu fiquei supermagoada, falei *pôxa, o pessoal tem memória curta, né, não sabe o que é que é...*”

“Eu não tive nenhum acompanhamento por parte do banco ou da divisão de saúde. Me senti sozinho e abandonado porque, afinal de contas, eu dediquei 12 anos da minha vida ao Banco e eu acho que eu ajudei muito o seu crescimento... Fiz muita hora extra, trabalhei muitos dias sem intervalo pra lanche ou almoço... até mesmo pra ir no banheiro, se tinha muita gente eu deixava pra depois! Depois quando eu precisei do Banco acabei sendo tratado como o pior funcionário e mal exemplo...”

“...eu me preocupava em não destruir uma imagem de ‘excelente funcionária’ que eu tinha demorado quase 15 anos para construir... Mas assim mesmo o banco e os colegas fizeram tantas pressões que acabei me sentindo como um lixo... A maioria pensa que o lesionado é um lixo...”

Essas práticas acabam submetendo o bancário lesionado a diversos sentimentos que, muitas vezes, contradizem sua maneira de agir e pensar em relação aos problemas e às pessoas. Um dos entrevistados relatou que teve grandes problemas com a chefia, que, desde o momento em que a LER tornou-se pública, iniciou um processo de pressões, perseguições e punições sutis, levando-o a quase perder direitos adquiridos, como a comissão de caixa.

“E eu tive dificuldade foi... com chefia. Então aquele cara que era meu chefe na bateria [de caixas], no final do processo, quando eu já tava pra sair do banco, ele era gerente administrativo, certo? Portanto... E ele nunca engoliu essa história! Então ele teve um papel ativo no sentido de me pressionar logo no começo e tal... (...) Então... eu passei muita raiva (risos) e desse cara em especial, né? Eu lembro... Eu não costumo lembrar de sonho né, mas eu lembro de um sonho que eu tive, que eu socava esse cara no meio da agência, certo! (risos) E eu sou uma pessoa calma, jamais faria isso com alguém! Mas aquele cara me aporrinhou tanto, que eu acabei tendo um sonho desse, pra você ter uma idéia, né, como essas coisas acabam entrando na vida da gente... Então esse cara começou a me pressionar das formas mais sutis... Então eu não conseguia as férias quando eu queria, eu era o último a dar palpite nas minhas férias! Ou então tirar folga... e por aí vai... E pressionar por coisas do dia-a-dia do serviço, alguma coisa que você tenha feito errado, né... Então pegar horário, chegou cinco minutos atrasado já anota... Então essas coisas pequenininhas do dia-a-dia, mas que todo o dia vão te enchendo...”

Em relação às práticas de invalidação, podemos afirmar que, no caso das LER, elas promovem uma identificação recíproca, ou seja, o adoecido vê a sua própria imagem nos “normais”, identificando neles o

modo como era reconhecido antes, por meio da solidariedade e dos afetos manifestos nas relações de trabalho. Após o adoecimento, sente-se excluído, recriminado, incapaz e diferente daquelas pessoas. Os “normais”, por sua vez, identificam no adoecido a imagem de uma pessoa que era igual a eles mas que, agora, parece-lhes diferente, produz pouco e tem um comportamento estranho em relação aos outros. E essa identificação vai mais além, pois o adoecido e sua presença dizem, a todo momento, que essa realidade pode ser a deles num futuro não muito distante.

“Teve um comentário muito maldoso de uma... uma colega, né... Porque a pessoa veio perguntar *E aí? Foi no médico, né?...* Que esse processo de afastamento durou duas semanas... Aí comentei, né, *Fui num médico horroroso que... queria fazer uma cirurgia, o cara é doido, maluco, nem... nem me examinou, conversou comigo e queria fazer uma cirurgia!? E depois passei em outro, que tem uma cabeça legal, me orientou de uma maneira bacana, me mandou fazer exames, etc e tal, me afastou pra gente ver...* Aí veio o comentário da colega: *Ela conseguiu um médico pra dar afastamento...* Quer dizer, eu consegui um médico legal... (risos) Mas tem esses comentários, né?”

“Quando imponho limites no trabalho o pessoal pensa que eu simplesmente estou me recusando a trabalhar. Alguns colegas

acreditam que eu finjo a doença pra não trabalhar... Na minha agência o lesado é um estranho...”

“Eu sempre trabalhei muito tensa e com muita pressão e acho que isso... provocou a LER... Agora eu estou conhecendo outros casos... de pessoas que estão tendo os mesmos problemas que eu tive... Só que eles têm medo de assumir e sofrer o mesmo que eu sofri... de ser prejudicado por isso.”

“Alguns colegas na mesma função perceberam que a LER é um problema que eles também estão sujeitos a ter... Eu até brinco com alguns deles: *abre o olho pois eu sou você amanhã* (risos)”

A análise dos discursos revela que o processo de negação da doença e de invalidação do doente é um só e esconde a dominação exercida não somente de maneira vertical, partindo das chefias, mas também de forma lateral, em que os colegas exercem pressões sobre os adoecidos e, muitas vezes, assumem o discurso dominante que relaciona a LER a predisposições psicológicas, características de pessoas de personalidade frágil. Dessa forma, esse discurso procura definir as LER como uma expressão de conflitos psíquicos individuais, característicos de personalidades histéricas, o que faz com que o foco do

problema seja transferido da interação entre os homens e o trabalho para o indivíduo isolado.

“A maioria dos caixas reclamavam de dor no braço. Só que todo mundo tinha medo. O pessoal falava que era psicológico, né (risos). *É psicológico, porque você tá vendo o outro lá com a tala na mão, né, então cê já acha que tá sentindo dor...*”

“Eu ouço alguns colegas que dizem que a LER é um problema de cabeça, que é problema psicológico... Mas na verdade, quem tem LER sofre mesmo é uma guerra psicológica (risos)...”

“Acho que tinha que ter um trabalho que informassem os caixas, porque muita gente ainda acha que a doença é psicológica ou que não dá tanto... Muitos têm medo de se afastarem do trabalho e não pensam que no começo da doença ainda há chance de curar.”

“A pior coisa que eu senti foi o pessoal achar que eu tava tentando enganar... *Não tem nada de psicológico, não, gente! Dói mesmo, de verdade!*”

A explicação psicológica foi muito utilizada pelos médicos, o que contribuiu para o descrédito dos lesionados. Em outras situações, a invisibilidade era a desculpa para a inexistência de qualquer moléstia. Os discursos também desvendaram uma série de práticas médicas

preconceituosas e duvidosas, que revelam um tipo de violência muito sutil exercida sobre trabalhadores sujeitados.

“No começo muita gente chegava nos médicos e diziam *ah, minha mão dói, meu pulso dói, meu cotovelo tá doendo, eu tô muito cansado, eu não consigo mais fazer as mesmas coisas, eu deixo as coisas caírem, e tal*, e o médico virava e falava assim, *ó, mão não dói, isso não existe, você tá com outro problema qualquer...* aí desviava prum neurologista ou reumatologista...”

Quando o serviço médico do banco começou a realizar perícias, esses preconceitos e contradições tornaram-se mais contundentes. Alguns entrevistados relataram que foram emitidos laudos, negando a existência de LER, em que o médico baseou-se no fato de que um paciente “*tinha um corpo tão lindo, tão bem-feito, com a musculatura desenhada... que ele não podia ter LER!*”. Em outro caso, uma das entrevistadas que passou por esse tipo de perícia relatou o seguinte: “*...passei na perícia do banco e a médica me perguntou: É casada? Sou; Tem filhos? Tenho; Cuida deles? Cuido. Fiz o exame e fui embora. Sabe o que ela colocou no relatório? Cuida dos filhos normalmente, troca fraldas, providencia alimentação e tal...* Ela colocou que eu troco fraldas! Meu filho menor tem 15 anos! E graças a Deus ele não tem nenhum distúrbio que precise de fraldas!”. Esses dois casos foram denunciados

ao CRM, por intermédio da Associação dos Funcionários, e revelam o despreparo e o preconceito envolvidos na discussão sobre as formas utilizadas para que uma doença reconhecida legalmente seja descaracterizada.

Sutilmente, o bancário lesionado também sofre o descrédito da família. Ao serem diretamente questionados sobre o modo como a família reagiu durante todo o processo de adoecimento, os entrevistados sempre responderam que contaram com todo o apoio. Porém, no decorrer da entrevista, acabaram por revelar esta prática no modo como se auto-incriminam, devido às limitações em realizar certas tarefas domésticas, ou por certos comentários desabonadores, disfarçados por um tom cômico.

“É.. eu ajudava minha mãe, né, na limpeza da casa e tudo e já não dava mais pra fazer. Fazer compras, carregar sacola também não dava... Muita coisa teve que mudar, né... E a família, né, cobrando também. Minha mãe e meu pai não, mas a família cobrando, né, achando que era sacanagem mesmo.”

“O meu próprio irmão não entendia direito. Ele já era casado, né. Nessa época [do afastamento] ele falava pra mim: *Mas deve ter algum serviço lá que você pode fazer!* (risos)”

“Bom, a família ficou contentíssima, né. Contente. E meu marido sofreu as conseqüências, né, da coisa... Que... Não sei se acontece com todo o lesionado, mas o lesionado, conforme ele vai entrando num processo de dor, ele vai ficando muito chato, né (risos). Então ele sentia... esse lado, né.”

“Eu me sentia inútil... não conseguia nem carregar o meu filho! E o meu casamento abalou um pouco... né... porque o meu marido ficava muito preocupado e eu me sentia uma inválida... eu acho que ele também me via assim...”

Dessa forma, percebemos, pelos discursos, que todos os agentes envolvidos no desenvolvimento das LER contribuem para sua invalidação, por meio de práticas que desacreditam tanto os sintomas quanto o sofrimento dos bancários lesionados. Essas práticas pressionam os trabalhadores de tal forma que, de certa maneira, acabam por sujeitá-los novamente ao processo que causou o seu adoecimento.

6. Representações sobre os Desencontros da Burocracia

Em toda nossa pesquisa, notamos que o reconhecimento das LER como doença relativa ao trabalho está diretamente relacionado ao discurso vencedor, ou seja, vence quem contar melhor seus sintomas e sua história laborativa. Todo o discurso sobre LER depende do relato do adoecido sobre as dores e, se esse discurso for convincente, fará com que todo o processo seja desencadeado de maneira a não criar empecilhos legais para que o lesionado tenha garantidos seus direitos. No entanto, o bancário lesionado esbarra num aparato burocrático que demonstra o despreparo dos técnicos do INSS em relação ao tratamento que deve ser dispensado aos trabalhadores que a ele recorrem. Quando chegam ao INSS, sofrem o choque de um atendimento despersonalizado, que não demonstra qualquer preocupação em recuperar o adoecido, mas sim em liberá-lo o mais rápido possível, a fim de evitar prejuízos financeiros à Instituição.

“Bom, lá é... é... gado, né. É uma coisa absolutamente... pelo menos com os peritos... era... um atendimento... absolutamente formais. O cara não te examina. Ele vê lá o... laudo do médico que faz o acompanhamento, olha pra sua cara e... resolve se vai continuar o afastamento ou não. Era o que acontecia, tinha muitos casos que, às vezes, a pessoa tava no meio do tratamento, do processo, e o médico

dava alta. E... o período que eu fiz deu... pra controlar a dor... Só que aí ele me deu alta direto, ele não me mandou pro CRP..."

Nesse caso, o entrevistado sofreu uma readaptação informal, fora dos padrões estabelecidos pela lei, que obrigam o encaminhamento ao Centro de Reabilitação Profissional. Assim, ele trabalhou dois anos em outra função, mas continuou recebendo a gratificação de caixa. Com o tempo, começou a haver uma pressão sobre os lesionados que foram afastados para que retornassem às funções antigas, e esse entrevistado passou a ser ameaçado de ter retirada a comissão, caso não reassumisse sua função de caixa.

"Começou-se a pressionar mesmo, né? Tanto que... fizeram uma reunião... A gerência fez uma reunião comigo dizendo pra eu voltar pro caixa! Aí eu disse que não ia porque eu tava readaptado pra outra função, né? Aí fizeram uma outra reunião e chamaram um médico da Divisão de Saúde Ocupacional, certo, e o médico disse que eu tinha que ir... Ah, mas antes dessa reunião eu fui fazer um exame... Porque foi uma época que a Divisão de Saúde Ocupacional também mudou a forma de agir porque... quando eram casos bem documentados não tinha como, a coisa corria normalmente, não tinha nenhum tipo de pressão. Mas no meu caso... eu não tinha garantia mesmo, legalmente eu não tinha..."

Esse fato esbarra na atitude dos peritos de não esclarecerem aos lesionados sobre a doença e os procedimentos corretos a serem adotados, baseando-se no sigilo profissional. Essa prática dificulta o estabelecimento da relação da LER com o trabalho, fazendo com que o lesionado perca direitos já estabelecidos.

Assim, o trabalhador, vítima de um processo de adoecimento, se vê perdido numa rede de resistência técnica e burocrática, de difícil compreensão. Enfrenta uma estrutura arcaica no INSS, onde o atendimento ao lesionado é de má qualidade, ou, no dizer de um dos entrevistados, é tratado “como gado”. O conhecimento do procedimento correto seria uma garantia maior dos direitos adquiridos e previstos em lei; contudo, em todas as entrevistas, pudemos perceber que os bancários lesionados aprenderam o “caminho das pedras” simplesmente caminhando, conhecendo os meandros burocráticos na prática, baseando-se em informações colhidas aos pedaços aqui e ali.

“Quem me informou foi o próprio processo. O próprio processo me esclareceu o quê que tava de errado no primeiro [afastamento], né. Então quando eu tive o segundo afastamento eu sabia que tinha que ir pro CRP pra coisa funcionar pra mim, né.”

Os discursos revelam um certo descaso por parte dos peritos do INSS, que mostram-se tendenciosos ao negar benefícios. Seu comportamento burocrático impede-os de ouvir os bancários lesionados em suas queixas e dificuldades enfrentadas cotidianamente.

“... o INSS... no meu caso, os peritos pareciam que não conheciam a doença... Eu sei que LER não se cura, muito menos em 30 dias! E todos os peritos pedem retorno nesse período...”

“O maior problema que enfrentei no meu afastamento foi o INSS... Acho que fui muito maltratada lá... Até parece que fui eu que pedi pra ficar doente! Na última perícia, o médico me apertou o braço todinho, quando chegou a noite... não consegui dormir de dor!”

“Eu fazia tratamento com uma médica do convênio... Quando chegou a hora de fazer a reabilitação... ela escreveu uma carta para o INSS pra me encaminhar pro CRP, só que o médico do INSS não quis receber a carta... e me deu alta sem passar pelo CRP... e ele falou que ia dar alta pra todo mundo!”

Há um outro aspecto importante a ser ressaltado que diz respeito ao impacto que o bancário lesionado sofre ao procurar o INSS pela primeira vez. É o momento em que ele se defronta com pessoas que sofreram outros tipos de acidente de trabalho, com muito menos

informações do que ele, causando uma espécie de constrangimento. Na maioria das entrevistas, num primeiro momento o atendimento do INSS é visto como bom, pois é comparado à situação sofrida por essas pessoas; depois, quando reconstroem o caminho percorrido, reconhecem que também foram vítimas dessa estrutura desumanizante.

“Olha... eu dei muita sorte, eu acredito... Eu peguei médicos que falam bom-dia, né, que dão conselhos... Teve um ou outro, né, que você vê que o cara tá ali pra cumprir horário... (...) Então tinha um lado *pôxa, tá vendo? O meu caso não é tão grave, aquele lá tá pior...* Porque tinha sido judiado... Eu via, assim, casos horríveis de pessoas com amputação que eu falava assim: *Tá vendo? Meu caso... assim... não é tão horrível! Eu tenho que me conformar...*”

“Eu achei um pouco chocante só algumas coisas... que tinha alguns casos lá... Sabe aqueles casos que deve ter passado de tudo?... Até fazer esse tipo de diagnóstico e chegar lá... Então gente que ... tinha sido operada, então tinha aquelas cicatrizes horríveis... no pulso, e tinha muitas dificuldades de movimentação, então... uns casos extremos, né.”

“É. a perícia... A primeira perícia é um choque, né... Aquele banquinho... Quando você precisa do governo é aquela coisa, né. Então cê tem que ficar esperando ali na fila, com um monte de gente doente,

né... É engraçado porque a LER você sente mas ninguém vê que você tá doente, então... cê começa a olhar pro lado e vê que tinha gente bem pior, né. Então cê começa a pensar *será que meu caso é pra tanto?* Mas... enfim, passei na perícia e o perito nem olha direito na sua cara, né...”

“Eu ficava muito constrangido porque eu via no INSS gente muito mais pobre do que eu, muito mais arrebitada do que eu, que não sabia de onde vinha e nem pra onde ia...”

As entrevistas também revelaram que, além de um discurso bem articulado, para desvendar a burocracia é necessário que o trabalhador não apenas esteja doente, mas também aparente muito bem essa doença. Deve-se carregar o símbolo do estigma, extrapolando, muitas vezes, o real estado de saúde das pessoas.

“Não, mas, olha, é porque... fora essa crueldade dentro do ambiente de trabalho, existe toda uma crueldade no INSS, que é muito sério, é muito sério. Só quem já passou é que pode saber... Se você for pro INSS de batom, você vai encontrar peritos que vão dizer assim: *Você pode passar batom, você pode trabalhar!* Entendeu? Você não só tem que estar doente como você tem que aparentar que está doente. Se ele achar que você tá maquiada... piorou! Se o seu cabelo tiver penteado...”

Depois de percorrer todo esse caminho, o bancário lesionado tem o direito de receber o benefício previdenciário (auxílio-doença). Isto significa que esse contribuinte, que se dedicou ao trabalho durante certo tempo, teve sua capacidade laborativa parcial ou totalmente prejudicada, e deve ser reparado por isso. Mas até nesse momento surgem desvios que afastam o bancário lesionado desse caminho, quando os peritos passam a utilizar argumentos falsos para não conceder esse benefício.

“Ela perguntou pra mim: Você recebe auxílio-doença? Eu falei: Não. Humm... Você vai querer receber? Eu falei: Não sei! Ela falou assim: Olha, porque, ultimamente, o INSS tá fazendo o máximo pra não pagar o auxílio-doença. Existe... vários motivos porque ele não quer pagar, um é a questão do caixa e... a tendência é que daqui a algum tempo quase todo mundo tenha uma doença ocupacional... Então já pensou o INSS pagando benefício pra todo mundo? É problemático, né? E me colocou também outro fato, que eu achei muito coerente também. Ela colocou que quando você recebe auxílio-doença, você cria um vínculo com o INSS, e isso acaba te prejudicando futuramente na hora que você vai procurar outro emprego...”

Assim, o bancário lesionado assume o ônus de uma política previdenciária que não investe na prevenção de acidentes e doenças

decorrentes do trabalho. Esse caminho tortuoso da burocracia no INSS está presente também tanto no processo de afastamento do bancário lesionado, como em seu retorno, quando a falta de informação aumenta o seu sofrimento, fazendo-o viver a ansiedade e a expectativa de retorno ao trabalho. Esse sofrimento, veremos, contribui para a reconstrução da identidade do trabalhador, levando-o a encontrar um novo sentido para uma vida em que as LER estarão sempre presentes.

7. O Afastamento e o Retorno ao Trabalho

Em todas as entrevistas, constatamos que o adoecido cria uma resistência ao afastamento e busca o retorno breve ao trabalho. O afastamento do trabalho, por um longo período, resulta em grande sofrimento e é quando o bancário lesionado torna-se mais introspectivo e sente intensamente o distanciamento dos colegas, antes considerados amigos. Assim ele vê suas relações se deteriorarem: com os colegas de trabalho, amigos e familiares; desta forma, acaba por sentir-se mais doente do que realmente possa estar.

Todos os entrevistados declararam que o afastamento ocorreu quando a dor já não podia mais ser suportada, ou seja, quando a doença já estava num grau avançado, necessitando de um longo período para

sua recuperação. Assim, os afastamentos eram vistos de maneira negativa, visto que significavam meses e até anos sem trabalhar. Todas as representações surgidas aqui remetem a um questionamento sobre o significado do trabalho, incapacidade laborativa e rotinas voltadas para o tratamento e futuro retorno ao trabalho.

Até o momento do afastamento, o bancário lesionado procura diversas alternativas que amenizem os sintomas de dor. Nos discursos, os bancários mostram que não estão procurando uma cura para a doença, mas uma forma de salvação para continuar trabalhando e manter sua identidade intacta.

“Então primeiro eu procurei meu acupunturista e... ele jogou um balde d’água, né. Falou assim: *Ou você elimina a causa ou não adianta fazer o tratamento, né... o tratamento só vai amenizar...* E foi assim já... decepcionante porque até então eu acreditava que a acupuntura era... era a salvação, né... então fechou-se uma porta.”

Com o início do tratamento, o bancário lesionado começa a questionar-se a respeito da responsabilidade pelo seu estado. Num primeiro momento, ele se vê como causador da doença, entretanto, quando percebe as discriminações na agência, começa a entender que, na realidade, é vítima de um processo de trabalho ao qual se sujeitou. A

partir disso, passa a buscar informações sobre a doença, suas causas e conseqüências, formas de tratamento, caminho percorrido por outros lesionados, a fim de poder se encontrar melhor nesse novo mundo. Nesse momento, o lesionado ainda não tem noção da gravidade de seu problema, acreditando que o afastamento é por um período curto, que irá se tratar e retornar ao trabalho.

“Então, pra mim, eu ia... fazer um tratamento e... dali dois... duas, três semanas eu tava voltando pro caixa, né, pra trabalhar. Até então eu não tinha entendido a gravidade do problema, né. Então eu tinha dor, eu tomava um analgésico, amenizava e... até o afastamento”

Nesse caso, a bancária acreditava que iria ficar somente um mês afastada; no entanto, viveu quatro anos a expectativa de retorno. E a angústia de não ter conhecimento do que vai acontecer é a marca de todos os depoimentos.

“Eu fui bem enganada, né, a coisa foi meio mascarada. Então, a princípio, como o meu medo de afastar era muito grande... o médico, ele me deu quinze dias pra mim fazer exames, descansar, recuperar... Então eu acreditava que esses quinze dias seriam suficientes pra mim... ficar boa e voltar a trabalhar, né. Aí, com os resultados dos exames, do ultra-som, das radiografias... ele me convenceu a emitir a CAT, né, que

também foi assim... um terror. Eu morria de medo *Vai sujar minha carteira... Vão me demitir.* A partir daí eu tomei consciência que emitindo a CAT eu ia pro INSS e o INSS que ia tomar conta da minha vidinha, né.”

Após a emissão da CAT, inicia-se uma série de perícias, a fim de acompanhar os resultados do tratamento. O intervalo entre as perícias não é fixo; podem ser mensais, bimestrais, semestrais. E, assim, o lesionado inicia um intenso tratamento e passa a viver em função da lesão e da espera da próxima perícia.

“O perito foi adiando, né. Todo mês eu ia lá fazer a perícia e ele ia dando mais um mês, mais um mês, mais um mês. (...) Ah, cê fica naquela tensão, né. Um mês inteiro cê fica naquela tensão... *será que... vai dar alta? O quê que será que vai acontecer?* E o banco não me chamava, não se pronunciava...”

Muitas vezes, o tratamento não surtia o efeito esperado, causando o agravamento dos sintomas de dor. Dessa forma, o lesionado passava a ter que lidar com esse sofrimento e buscar formas alternativas para conviver com suas limitações. E aqui inicia-se o processo descrito anteriormente, quando começam a ocorrer várias perdas, não apenas físicas, mas da identidade baseada no trabalho. Todos os entrevistados

relataram que não foram capazes de fazer nada durante o afastamento, vivendo somente em função da doença, do tratamento e do retorno ao trabalho.

“Na primeira semana que eu tomei medicamento e fiz fisioterapia, eu acreditei que tinha sarado. Então foi assim... um processo de milagre, tiraram a dor com a mão. Depois que eu... tava na sexta sessão de fisioterapia, agravou muito. Então eu não dormia, eu praticamente não comia e... eu tava em casa e eu não tinha... hábito de ficar em casa, né. Então eu passava assim... dias e dias esperando o retorno.”

Conviver com essa expectativa significa que o tempo de afastamento é vivido exclusivamente em função da doença. As pessoas nessa situação procuram desenvolver estratégias que justifiquem, para os grupos aos quais pertencem, a sua ausência do trabalho: constroem uma rotina de tratamentos, consultas a médicos, procuram manter-se em atividade no horário comercial, a fim de não denunciar a inatividade. Quando não conseguem manter essa rotina, desenvolvem um quadro depressivo e começam a buscar o retorno ao trabalho, mesmo não sentindo melhoras com o tratamento. Os bancários lesionados manifestaram esse sofrimento, pois perderam o referencial

do trabalho, e sentem falta do convívio dos colegas - que deixaram de procurá-los - e do mundo de antes da LER.

“Eu falei que queria voltar porque quando cê começa a ficar em casa, começa a entrar em depressão, né... Então... é terrível, né! Ficar em casa sem fazer nada... No começo cê acha que cê não presta mais pra nada. Nem a barba cê consegue fazer...”

“Então, aí eu não aguentava mais ficar em casa. Ficar em casa foi um atraso de vida, né... Ficar afastado... Eu achei que foi, né. Poderia ter ficado afastado bem menos tempo se o banco tivesse dado o apoio desde o começo, né.”

“... me arrependo de ter ficado tanto tempo afastado... porque eu entrava em depressão, não fazia nada, você fica em casa só prestando atenção na dor... se hoje tá doendo mais, se hoje tá doendo menos, se o remédio tá funcionando, se não tá...”

Desse modo, o período de afastamento, que poderia ser vivido de maneira positiva, acaba se transformando num período de tortura física e psicológica. Os discursos revelam uma série de medos e sentimentos de perseguição, desenvolvidos durante esse tempo, que acabaram justificando o fato de não realizarem nada de positivo em benefício próprio, como cursos, viagens, e outras atividades adiadas pela falta de

tempo proporcionada pelo trabalho. O resultado disso é uma piora nas condições de saúde e uma grande baixa na auto-estima.

“O que eu fiz durante o afastamento? ... Nada! (risos) Eu joguei quatro anos fora, né. Eu não estudei, eu não cresci profissionalmente, eu não cresci pessoalmente, né, eu regredi pessoalmente.”

“Olha, no começo eu não fiz por causa de condições físicas. Sentia muita dor, muita dor. Então... era uma época que eu estava pensando em voltar a estudar. Tinha até visto cursinho pra fazer mas... acabou passando por causa da dor. Depois... começa a criar um círculo vicioso, você começa a ... a viver aquela vidinha de levanta, come, vê televisão, né, vê o filho ir pra escola, vai na reunião, volta... cria um vício, né. E eu caí no vício. E foram passando os anos...”

“Porque... quando eu afastei eu fumava meio maço de cigarro por dia, no final da minha licença eu tava fumando dois. Quando eu afastei eu tinha problema de obesidade, eu tava dez quilos acima do peso; quando eu tava pra voltar eu já tava trinta...”

Essa inatividade também é justificada por uma espécie de sentimento de culpa, vivido pelo bancário, que acaba se transformando em sentimento de perseguição. Como ele se sente culpado por não estar produzindo, conclui que não pode gozar o período de afastamento com

lazer, divertimentos, viagens, uma vez que seus colegas, amigos e familiares estão trabalhando. Assim, alguns entrevistados criaram a fantasia de estarem sendo vigiados, e qualquer atividade prazerosa poderia ser entendida como simulação da doença. Outro fator importante é que, em alguns casos, o lesionado deixou de realizar cursos que lhe interessavam devido ao problema de saúde.

“Ah, pensava em fazer outros cursos, né, informática... Informática não tinha condições por causa do braço, né? Seria meio incoerente também, né? Mas acabei não fazendo...”

“Não fiz nada porque eu fiquei sabendo que o banco tava investigando, o banco chegava lá e tirava foto da pessoa trabalhando, da pessoa estudando, fazendo outras atividades... pra depois dizer que a gente tava fingindo...”

“Não, só uma vez eu fui viajar. Nesse um ano que eu fiquei afastado, só uma vez. Fui pra praia, fiquei uma semana e voltei. Pensava em viajar, claro, né? Pensava em viajar... Mas cê ficava naquela... tem que fazer perícia, vai que o banco chama... Aí se isso acontecesse eu ia aparecer lá todo bonito e bronzeado? O quê que o perito ia falar?”

Dentre todos os entrevistados, somente um utilizou o tempo de afastamento para procurar uma alternativa para sua vida. Conforme relatado anteriormente, esse bancário sofreu dois afastamentos, pois no primeiro foi readaptado informalmente. Ele concluiu que pôde aproveitar esse período somente por ter vivido o primeiro afastamento, quando, como os outros, sentiu sua rotina desorganizada e viveu apenas para o tratamento.

“Mas eu acho que foi fundamental ter... já desde o início do tratamento... é ter concentrado minha atenção em buscar uma alternativa. Porque o primeiro afastamento foi ruim, muito ruim porque... surgiu a situação, e ela foi inesperada. Eu fiquei uns três ou quatro meses afastado, mas foram três ou quatro meses absolutamente improdutivos! Eu fiquei totalmente desorganizado pra lidar! (...) E isso foi uma outra lição aprendida no sentido de que nesse segundo momento, eu... a partir do afastamento eu comecei a investir minha energia em coisas alternativas... Então eu não senti essa desorganização. Então aquele curto período foi importante. Nossa! Se eu tivesse esses dois anos logo de cara... teria sido morto!”

O processo de retorno ao trabalho também não é simples; possui uma série de meandros burocráticos. Assim que o INSS dá alta, o bancário lesionado tem que passar um período no Centro de

Reabilitação Profissional, a fim de ser estudada uma forma de retorno que não cause novamente o adoecimento. O bancário lesionado, antes de retornar definitivamente, deve realizar um estágio em outra função e ser acompanhado por um profissional da Reabilitação. Os bancários entrevistados criaram uma expectativa positiva em relação ao CRP, acreditando que receberiam instruções e avaliações que os fizessem aprender algo novo. No entanto, essas expectativas também foram frustradas, tendo em vista que os profissionais envolvidos na reabilitação não agregaram nenhum fato novo às situações vividas.

“quando eu fui pro CRP, eu fui acreditando que eu ia... ser avaliada de alguma forma... o que na realidade não acontece, né. Na realidade eles brincam de reabilitação e a gente finge que reabilitou, né.”

“quando o INSS me mandou pro CRP, eu achei que ia passar por um processo de readaptação... Mas cheguei lá pra logo voltar a trabalhar. A psicóloga achou que eu tava ótimo, a terapeuta ocupacional me disse pra me acostumar com a dor e o médico me falou que eu tava lá só pra garantir meus 40% [do auxílio-doença]. Então eu achei melhor voltar a trabalhar pra deixar de ouvir tanta besteira...”

Então inicia-se o processo de buscar uma nova função para esse bancário lesionado. As experiências demonstram que essa fase esbarra na inexperiência da administração, gerências, chefias e colegas em lidar com o lesionado. Os discursos demonstram que o lesionado continua a ser excluído, mesmo voltando ao trabalho. Isso porque, como vimos, ocorreram transformações profundas na organização do trabalho bancário e de forma muito rápida. Assim, o banco que os entrevistados encontraram já não era o mesmo da época em que se afastaram. Encontraram uma nova realidade de trabalho e tiveram que se readaptar, não somente em relação à doença, mas a uma nova função e a novos procedimentos de trabalho. Nesse sentido, sentiram dificuldades também em relação aos colegas, que não compreendiam essa nova situação e realizavam uma espécie de boicote.

“Foi terrível [o retorno] porque eu fiquei muito tempo afastada, né. Eram quase quatro anos... Então nesse tempo o banco mudou muito! Muito mesmo! O serviço básico, a estrutura é a mesma, né. Mas aí... Quando eu afastei, por exemplo, a gente não tinha acesso à automação do jeito que tem hoje. Então o pessoal virava pra mim *Entra lá no A.E.!* Daí... o quê que é A.E., né? Como é que eu faço isso? Então... mudou muita coisa, mudou impresso, mudou a forma de atendimento, mudou a seqüência do trabalho... *Como é que eu faço isso? Ah, assim, assim,*

assim... Tudo pela metade, né? Então a dificuldade de trabalhar foi muito grande. Eu tive que, praticamente, reaprender a trabalhar..."

*"Depois que voltei a trabalhar foi demais, né. Funcionário que...
cê vê que a pessoa tá pensando *ah, ele tá voltando, né, ficou todo esse tempo folgado em casa...* E o pessoal não te ensina o serviço direito, você pergunta como é que faz uma coisa e o pessoal manda você procurar no manual, cê tem que se virar."*

Esse momento é marcado por grande pressão exercida pela chefia, uma vez que, a todo momento, o bancário que estava retornando ao trabalho era levado a realizar tarefas que poderiam reverter o quadro de LER. Quando se recusavam, passavam a sofrer ameaças veladas. Esse período deveria ser acompanhado de perto pelo CRP, e essas atitudes seriam coibidas; entretanto, de acordo com as entrevistas, os funcionários responsáveis pela reabilitação não poderiam fazer muita coisa. Desse modo, orientavam o funcionário a não se recusar a realizar a tarefa, mas a realizá-la no maior tempo possível, submetendo o lesionado novamente às condições inadequadas de trabalho. De acordo com uma entrevistada, a experiência do estágio foi muito difícil. Ela teve que assumir a conferência dos caixas eletrônicos, que nada mais é do que a função de caixa, mas sem clientes. Levou este fato ao

conhecimento da orientadora social do CRP, com a qual travou o seguinte diálogo:

“Ela falou: Escuta, mas como é que tá, realmente, a situação? Dá pra falar não? O ideal é você falar não. Você tem que... colocar os limites. Isso ninguém pode fazer por você, você é que tem que fazer. Mas dá pra fazer isso? Eu falei: Não, não dá, não tem condições. Porque nós tínhamos sido convidados a pedir demissão também, né. Ela falou assim: Então, olha, você se submete até onde dá. Não fala não. Mas você vai lá... e não faz, porque você não tem capacidade pra isso. Você vai conferir ATM? Tudo bem, eu vou conferir, só que você fica o dia inteiro pra conferir...”

O retorno ao trabalho deveria preservar o que resta de capacidade laborativa, no intuito do bancário poder se manter em alguma atividade. Entretanto, as representações elaboradas a esse respeito nos mostram que os bancários lesionados encontram, no CRP, equipes tecnicamente despreparadas para enfrentar as LER, devido a todas as suas características *sui generis*. Para o CRP, é muito mais fácil lidar com trabalhadores amputados, ou com outros acidentes ou doenças típicos, mais aceitos pela sociedade, do que lidar com uma doença que envolve tantos pontos obscuros, de alto grau de subjetividade, que provoca tanto sofrimento por ser socialmente negada. Assim, esse processo

representa, para quem o enfrenta, uma fase em que não há grandes alternativas para o bom desempenho profissional. É um período em que se destrói o que resta de sonhos alimentados pelos lesionados, como a volta a uma vida produtiva e o pertencimento à sociedade, e estes têm que encarar uma nova realidade, cheia de limitações.

“É horrível trabalhar com dor. Pior do que trabalhar com dor é não ter essa dor respeitada, né, porque eu me senti assim... durante aquele estágio eu me senti humilhada, eu me senti... abusada. Eu achei que fosse o fim. Profissionalmente... me quebraram, né. Que eu tinha aquela expectativa de voltar, de mudar, de fazer... (...) Derrubaram os sonhos e... eu fiquei consciente de que eu tinha limitações e que ia ser... pro resto da vida.”

* * *

As entrevistas foram analisadas de maneira a identificar grupos temáticos, entretanto, isso não significa que há uma linearidade. Todas as representações estão presentes em todos os momentos vividos pelos lesionados e os discursos procuraram ordená-las de modo que houvesse uma ligação em todos os seus fios, sem perder seu caráter dialético. Elas revelam o processo de adoecimento de todas as instituições ligadas ao bancário lesionado: o banco, os chefes e colegas, médicos, sindicato,

INSS, família, enfim, toda a rede formada em torno das LER. A identidade do trabalhador é profundamente afetada pelas transformações relatadas nas entrevistas e, ao final, percebe-se que há uma transformação maior, que é a metamorfose sofrida pelo próprio bancário.

Todo o conjunto de sofrimentos e perdas presentes no processo de adoecimento transformou-se numa forma de aprendizado para o bancário lesionado. Nesse processo de descobertas, aprendeu a lidar com suas limitações físicas, com o discurso das instituições médicas e com a realidade do ambiente de trabalho. Assim, a relação estabelecida entre trabalho, saúde e doença permite que se constituam novas identidades, elaboradas tanto individualmente quanto coletivamente, por meio de interações sociais.

CONCLUSÕES

O avanço das Lesões por Esforços Repetitivos no mundo relaciona-se às transformações nos modos de produção e de gestão ocorridas neste final de século, tendo em vista o avanço do setor terciário e os grandes investimentos em novas tecnologias. Se com o taylorismo e o fordismo houve um esforço na direção de expulsar do trabalho a subjetividade do trabalhador, com as novas formas de gestão o esforço foi feito no sentido de envolvê-lo não apenas fisicamente, mas também intelectualmente, uma vez que o produto do trabalho tornou-se cada vez mais subjetivo.

As representações surgidas nas entrevistas nos permitem pensar que as Lesões por Esforços Repetitivos influenciam profundamente a subjetividade do trabalhador, visto que ele não é somente uma pessoa dotada de energia física e muscular, cuja única motivação é econômica. O caráter multicausal das LER revela que há uma ligação estreita entre o avanço da doença e a reestruturação produtiva sofrida pelo setor bancário. Essas mudanças afetaram o modo como o bancário atribui importância ao trabalho e os valores presentes na constituição de sua identidade.

O setor financeiro, nos últimos anos, sofreu importantes transformações, causando forte impacto no perfil do bancário e na forma de organização do trabalho. Ocasionalmente pelas mudanças na

economia brasileira, a reestruturação produtiva nesse setor, com incentivo à automação, alterações no atendimento, redirecionamento das atividades para a realização de negócios, fez com que os bancos passassem a lidar com algo mais do que apenas crédito e débito de valores. A informação tornou-se a principal arma para a conquista de clientes e venda dos produtos para a captação de recursos.

A adoção de novas formas de gestão, com o estabelecimento de metas e maior rapidez no fluxo de informações, gerou redução do número de bancários (da ordem de 23%) e aumento de controle sobre a produtividade, devido à implantação de novas tecnologias. O trabalho do caixa intensificou-se, pois, com a eliminação dos serviços de retaguarda, teve que assumir o atendimento ao público integralmente. Assim, o caixa teve sua jornada prolongada, visto que, às seis horas de atendimento ao público, deve-se somar duas horas para a abertura e fechamento do caixa. Essa dedicação integral ao trabalho elimina a possibilidade de realização de outras atividades, aumentando o foco de tensões e pressões cotidianas.

Além das transformações impostas à organização do trabalho, constatou-se que o perfil do bancário também se modificou. Nos últimos dez anos, houve um envelhecimento da categoria. O maior tempo de permanência do trabalhador no banco estudado explica o

aumento não apenas da faixa etária como também do nível de escolaridade, em todos os níveis hierárquicos. Outro aspecto relevante na transformação do perfil bancário diz respeito ao aumento da participação feminina. Esse fato embasou o discurso que apresenta a LER como doença de mulher. Entretanto, acreditamos que o alto índice de mulheres lesionadas explica-se pelo fato de elas ocuparem os níveis hierarquicamente inferiores, que correspondem às funções mais afetadas pelas lesões.

Em nossa pesquisa, constatamos que o trabalho do caixa é complexo: deve conhecer e manipular uma série de códigos, ser capaz de resolver problemas diversos rapidamente, controlar uma série de informações relativas aos produtos e serviços oferecidos pelo banco, além de ter habilidade para vendê-los. Deve concentrar-se a fim de solucionar os problemas que surgem, atender rapidamente aos clientes que o pressionam, atingir as metas do banco, tudo isso sem errar. Ele é responsabilizado pelos seus erros, chegando a arcar com recursos próprios para ressarcir o banco de qualquer falha que acarrete perda financeira. Como esse trabalho é de grande responsabilidade, uma vez que lida com valores monetários alheios, o caixa sofre grande tensão. A reestruturação produtiva aumentou o controle exercido sobre seu trabalho: controle horizontal, exercido pelos colegas, devido à

interdependência das tarefas; controle vertical, exercido pela administração superior, que controla o fluxo financeiro e a produtividade de cada agência por meio do sistema *on line*; controle dos clientes, que exigem rapidez e precisão.

Todos esses fatores dão aos bancários condições de trabalho extremamente tensas, o que afeta suas condições de saúde, sua subjetividade e formas de sociabilidade (no ambiente de trabalho e com outros grupos sociais).

O reconhecimento das LER como doenças relativas ao trabalho foi um resultado da organização e luta dos trabalhadores. Essa luta resultou numa série de garantias legais, estabelecidas em normas técnicas específicas. Entretanto, nas entrevistas ficou claro que o caminho percorrido pelo bancário lesionado não é facilitado por esses direitos conquistados coletivamente. Esse caminho é permeado por uma série de sofrimentos, perdas e informações enganosas que contribuem para a desconstrução da sua identidade estabelecida como cidadão e trabalhador. O discurso de seu sofrimento é constantemente desacreditado por: chefes, colegas, familiares, amigos, médicos, peritos do INSS e outros atores que cruzem esse caminho tortuoso. Nesse sentido, o caráter positivo da identidade do bancário, relativa ao seu trabalho, é substituído pelo estigma que passa a carregar assumindo a

doença. Admitindo esses atributos negativos, o bancário passa a ser excluído em seu ambiente de trabalho, evitado por chefes e colegas e vítima de diversos tipos de ironias e ameaças.

O período de afastamento é vivenciado, pelo lesionado, na expectativa do retorno ao trabalho. Com esse objetivo, ele dedica-se exclusivamente ao tratamento da LER, descuidando de outros aspectos de sua vida e sua saúde. Dessa forma, as relações afetivas estabelecidas com familiares e amigos são deterioradas e o lesionado assume a identidade do órgão doente. Esse tempo também é preenchido pela culpa, quando o bancário assume integralmente a responsabilidade pelo seu estado. A procura de alternativas para o crescimento pessoal e profissional não faz parte dos seus planos. Portanto, ele perde suas referências de trabalho, sofre o impacto do descrédito dos colegas e tem suas relações afetivas deterioradas.

A expectativa do retorno ao trabalho é vivenciada com grande ansiedade. Geralmente, os períodos de afastamento são longos e o banco, nesse período, passou por uma série de transformações. Ao retornar, o bancário tem que se adaptar não somente a uma nova função, mas a todos os códigos, novas máquinas e sistemas operacionais que foram modificados. Esse processo é marcado por um certo boicote dos colegas, que não acreditam na veracidade dos sintomas da LER, já

que é uma doença invisível. Por esse motivo, o lesionado tem que afirmar a todo momento a sua condição e limitações; e esse é um momento decisivo, pois é nele que o bancário submete-se novamente ou não às condições que causaram o seu adoecimento. Se submeter-se, a LER é desacreditada; se não, o bancário é visto como vagabundo.

A construção de uma nova identidade após o adoecimento e o retorno à normalidade – que não é saúde - constituem-se num processo de aprendizado. O bancário lesionado, ao sentir as primeiras dores, inicia uma busca de informações sobre esses sintomas. Todo o caminho que percorre depois constitui-se numa forma de aprendizado, pois ele tem que decifrar e compreender uma série de códigos que controem uma nova realidade. A incapacidade para certas atividades faz parte dessa realidade, que deve ser reinventada baseada numa nova identidade. Assim, a relação entre saúde, trabalho e doença configura-se num ato dinâmico e permanente de conhecimento centrado na descoberta, análise e transformação da realidade pelos bancários lesionados.

A desconstrução e construção da identidade do lesionado é um processo dinâmico e complexo, que consiste em assimilar e produzir, de forma ativa, conhecimentos e formas de ação, resultando em modificações na atividade externa e interna dos indivíduos em suas relações com o ambiente físico e social.

BIBLIOGRAFIA

ACOORSI, A.: *Automação: Bancos e Bancários*. SP, Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Economia e Administração-USP, 1991.

AGUDELO, S.F. "La salud y el trabajo." *Cuadernos Medico Sociales*. Argentina, Rosario, Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (CESS), (35): 15-24, marzo,1986.

ARAÚJO, J. N. G. & Cols. LER. *Dimensões Ergonômicas, Psicológicas e Sociais*. BH, Livraria e Editora Health, 1998.

ARENDT, H. *A Condição Humana*. R.J., Forense Universitária, 1995.

Banco do Estado de São Paulo. Banespa 60 anos. S.P. Projeto PW, 1986.

BERGER,P.L.; LUCKMANN, T. *A Construção Social da Realidade.Tratado de Sociologia do Conhecimento*. Petrópolis, Vozes, 1985.

BLASS, L. "Automação Bancária: práticas e representações". *São Paulo em Perspectiva*, 7(4): 81-89, out/dez 1993.

BRANT, V. C. (Coord): *São Paulo - Trabalhar e Viver*. Comissão Justiça e Paz de São Paulo - Ed. Brasiliense, 1989.

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

CASEY, C. *Work, Self and Society after Industrialism*. Routledge, London, 1995.

CODO, W., SAMPAIO, J.J.C., HITOMI, A.H. *Indivíduo, Trabalho e Sofrimento. Uma abordagem Interdisciplinar*. Vozes, RJ, 1993.

CODO, W.; SAMPAIO, J.J.C. *Sofrimento Psíquico nas Organizações: saúde mental e trabalho*. RJ, Vozes, 1995.

- COHN, A.; HIRANO,S; KARSCH, U.S.; SATO,A.K.** *Acidentes do Trabalho. Uma forma de violência.* Brasiliense/Cedec, 1985.
- COSTA, F. D.** *Banco do Estado: O Caso Banespa.* Campinas, 2 vol. Tese de Doutorado apresentada ao Instituto de Economia da UNICAMP, 1988.
- CUNHA, C.E.G.; QUEIROZ, P.S. de; HATEM, T.P.; GUIMARÃES, V.Y.M.** "LER: Lesões por Esforços Repetitivos. Revisão". *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, nº 76, vol 20, jul/dez, 1992.
- DEJOURS, C.** *A Loucura do Trabalho - Estudo de Psicopatologia do Trabalho*, 3ª ed., Ed. Cortez-Oboré, SP, 1988.
- DIEESE.** *Automação nas agências bancárias em cidades de porte médio: o caso de Juiz de Fora.* Estudos Setoriais DIEESE, nº 5, São Paulo/Juiz de Fora, DIEESE-Subseções CNB-CUT e SEEB-JF, 1995.
- DIEESE.** *Conseqüências da reestruturação produtiva dos bancos sobre os bancários.* R.J., 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, S.P., UFRS, 1995.
- FOUCAULT, M.** *Microfísica do Poder.* RJ, Graal, 1979.
- FRIEDMANN, G. & NAVILLE, P.** *Tratado de Sociologia do Trabalho.* Vol. I, Cultrix/Edusp, SP, 1973.
- FRIEDMANN, G.** *O Trabalho em Migalhas.* Ed. Perspectiva, RJ, 1983.
- GOFFMAN, E.** *Estigma. Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada.* Ed. Guanabara, RJ, 1988.

GOFFMAN, E. *A Representação do Eu na Vida Cotidiana*. Petrópolis, Vozes, 1985.

GONÇALVES, R.B.M. "A Saúde no Brasil: algumas características do processo histórico nos anos 80." *São Paulo em Perspectiva*. SP, 5(1):99-106, JAN/MAR 1991.

GORZ, A. *Crítica da Divisão do Trabalho*. Martins Fontes, SP, 1989.

IADES - Instituto de Análises sobre o Desenvolvimento Econômico e Social. *Relatório de Pesquisa: Perfil da Categoria - bancários do Estado de São Paulo*. S.P., 1992.

IZUMI, P.K. *O bancário e a exigência de uma nova qualificação*. S.P., EDUC, 1998.

JINKINGS, N. *O mister de fazer dinheiro. Automação e subjetividade no trabalho bancário*. S.P., Boitempo, 1995.

LAURELL, A.C. "Processo de Trabalho e Saúde". *Saúde em Debate*. SP, 1981, 8-22.

LAURELL, A.C.; NORIEGA, M. *Processo de Produção e Saúde - Trabalho e Desgaste Operário*. S.P., Ed. Hucitec, 1989.

LEITE, J.V. *A Resposta dos Trabalhadores do Dinheiro à Organização do Trabalho no Banco Central do Brasil*. Anpocs, 1989.

LIMA, A.B. e OLIVEIRA, F. "Abordagem Psicossocial da LER: ideologia da culpabilização e grupos de qualidade de vida". In CODO, W. e ALMEIDA, M.C.C.G. (Orgs.) *LER: diagnóstico, tratamento e prevenção - uma abordagem interdisciplinar*. Petrópolis, R.J., Vozes, 1995.

MARX, K. *A Ideologia Alemã*. S.P., Martins Fontes, 1998.

MATTAR JR, R. e AZZE, R.J. “Moléstias ocupacionais, lesões por esforços repetitivos: um desafio para a cirurgia de mão”. In CODO, W. e ALMEIDA, M.C.C.G. (Orgs.) *LER: diagnóstico, tratamento e prevenção - uma abordagem interdisciplinar*. Petrópolis, R.J., Vozes, 1995.

MINAYO, M.C.S. *O Desafio do Conhecimento. Pesquisa Qualitativa em Saúde*. HUCITEC-ABRASCO, RJ/SP, 1996.

MONTEIRO, A.L. “Os aspectos legais das tenossinovites”. In CODO, W. e ALMEIDA, M.C.C.G. (Orgs.) *LER: diagnóstico, tratamento e prevenção - uma abordagem interdisciplinar*. Petrópolis, R.J., Vozes, 1995.

MOREIRA, A.S.P.; OLIVEIRA, D.C. *Estudos Interdisciplinares de Representações Sociais*. A.B., Goiânia, 1998.

NASCIMENTO, P.C. “Democracia e Saúde: uma perspectiva Arendtiana”. In: FLEURY, S. (ORG). *Saúde: Coletiva? - Questionando a onipotência do social*. RJ, Relume-Dumará, 1992.

OFFE, C. “Trabalho. A Categoria-Chave da Sociologia?”. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, Anpocs, nº 10, vol. 4, jun 1989.

OFFE, C. *Trabalho e Sociedade. Problemas Estruturais e Perspectivas para o Futuro da Sociologia do Trabalho*. Vol. I e II, Tempo Brasileiro, RJ, 1989.

PEREIRA, D. C.; CRIVELLARI, H. M. T. “A concepção fabril numa empresa bancária” in **SILVA, R. A. da e LEITE, M. de P.** (orgs):

Modernização Tecnológica, Relações de Trabalho e Práticas de Resistência. São Paulo, Iglu, 1991.

PIRES DO RIO, R. *LER: Ciência e Lei. Novos Horizontes da Saúde e do Trabalho*. BH, Livraria e Editora Health, 1998.

RIBEIRO, H.P. (Org.) *LER: Conhecimentos, Práticas e Movimentos Sociais*. FSP-USP, SSE-SP, 1997.

RIBEIRO, H.P. *A Violência Oculta do Trabalho: as Lesões por Esforços Repetitivos*. Fiocruz, RJ, 1999.

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

ROMANELLI, G. *O Provisório Definitivo: trabalho e aspirações de bancários de São Paulo*. Dissertação de mestrado apresentada ao Depto. de Ciências Sociais da FFLCH/USP. São Paulo, 1978.

SÁ, C.P. "Representações Sociais: o conceito e o estado atual da teoria". In SPINK, M.J. (Org.) *O Conhecimento no Cotidiano: as representações sociais na perspectiva da Psicologia Social*. S.P., Brasiliense, 1995.

SALLES, M. M. "Tenossinovite - Doença Ocupacional ou Social?". *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, nº73, vol 19, abr/mai/jun - 1991.

SAWAIA, B.B. "Representações e ideologia - o encontro desfetichizador". In SPINK, M.J. (Org.) *O Conhecimento no Cotidiano: as representações sociais na perspectiva da Psicologia Social*. S.P., Brasiliense, 1995.

SCHUTZ, A. *Fenomenologia e Relações Sociais*. R.J., Zahar, 1979.

SEGNINI, L. *Bradesco: A Liturgia do Poder*. S.P., EDUC/SEEBS, 1988.

- SEGNINI, L.** *Mulheres no Trabalho Bancário. Difusão Tecnológica, Qualificação e Relações de Gênero.* SP, Edusp, Fapesp, 1998.
- SELLIGMANN-SILVA, E.** *Desgaste Mental no Trabalho Dominado.* Ed. UFRJ/Cortez Ed., RJ, 1994.
- SILVA, R. A.** "Computadores, Digitação e Caixas: a automação bancária em questão". In SILVA, R. A. e LEITE, M. de P.(orgs): *Modernização Tecnológica, Relações de Trabalho e Práticas de Resistência* . São Paulo, Iglu, 1991.
- SPINK, M.J.** "Desvendando as teorias implícitas: uma metodologia de análise das representações sociais". In: GUARESCHI, P. e JOVCHELOVITCH, S. *Textos em Representações Sociais*, Petrópolis, Vozes, 1994, 4º ed.
- SPINK, M.J.** *O Conhecimento no Cotidiano. As Representações Sociais na Perspectiva da Psicologia Social.* Brasiliense, SP, 1995.
- Vários Autores.** *Saúde, Meio Ambiente e Condições de Trabalho. Conteúdos Básicos para uma Ação Sindical.* 1995.
- WAGNER, W.** "Sócio-gênese e características das Representações Sociais". In: MOREIRA, A.S.P. e OLIVEIRA, D.C. *Estudos Interdisciplinares de Representação Social*, Goiânia, AB Editora, 1998.
- WAGNER, W.** "Descrição, explicação e método na pesquisa das Representações Sociais" In: GUARESCHI, P. e JOVCHELOVITCH, S. *Textos em Representações Sociais*, Petrópolis, Vozes, 1994, 4º ed.
- WATSON, T.J.** *Sociology, Work and Industry.* Routledge, London, 1995.
- WEBER, M.** *A Ética Protestante e o Espírito do Capitalismo.* S.P., Ed. Pioneira, 1987.

