



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA**  
**FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS**

*LUIZ CARLOS CORREIA OLIVEIRA*

**Doença invisível, medicina ambígua:  
*a configuração clínica da LER/DORT***

Salvador  
2006

LUIZ CARLOS CORREIA OLIVEIRA

**Doença invisível, medicina ambígua:  
*a configuração clínica da LER/DORT***

*Tese de doutoramento apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal da Bahia, em cumprimento do requisito parcial para obtenção do grau de doutor, sob orientação do Prof. Dr. Paulo César Alves.*

Salvador  
2006

UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS

# **Doença invisível, medicina ambígua: a configuração clínica da LER/DORT**

***LUIZ CARLOS CORREIA OLIVEIRA***

**Banca examinadora**

Prof. Dr. Paulo César Borges Alves (orientador)

Prof. Dr. José Ricardo de Carvalho Mesquita Ayres

Profa. Dra. Lys Esther Rocha

Profa. Dra. Miriam Cristina Rabelo

Profa. Dra. Mônica Oliveira Nunes

Salvador, 2006

---

Oliveira, Luiz Carlos Correia  
O482 Doença invisível, medicina ambígua: a configuração clínica da LER/DORT /  
Luiz Carlos Correia Oliveira. – Salvador, 2006.  
453 p.

Orientador: Prof. Dr. Paulo César Borges Alves  
Tese (doutorado) – Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e  
Ciências Humanas.

1. Experiência. 2. Fenomenologia. 3. Hermenêutica. 4. Medicina do trabalho.  
5. Narrativa. 6. Saúde do trabalhador. I. Universidade Federal da Bahia, Faculdade de  
Filosofia e Ciências Humanas. II. Alves, Paulo César Borges. III. Título.

CDD – 613.6

---

*Ao amigo Francesco Ripa di Meana, médico do trabalho italiano que nos guiou na difícil travessia da medicina ocupacional para a saúde dos trabalhadores na Bahia e, como legado, nos deixou o CESAT.*

## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, professor Paulo César Alves, pelo estímulo e pela paciência com que acolheu as várias modificações desta tese.

Às professoras Miriam Rabelo e Iara Alves, pelas sugestões durante a qualificação, à Luciana Duccini, assim como aos demais professores e colegas do ECSAS, pela interlocução teórica e pela acolhida fraterna no ambiente intelectual das nossas reuniões às sextas-feiras.

À amiga Mônica Angelim, pelas nossas agradáveis e frutíferas conversações sobre a LER/DORT, assim como os amigos Osvaldo Santana, Letícia Nobre, Lucia Rocha, Maria Cristina Martins, Norma Souto, Rita Fernandes e Suerda Fortaleza.

Aos colegas do Ministério do Trabalho, Carlos Miranda, Dival Ribeiro, Izabel Ornellas e Juarez Correia Barros.

Aos colegas médicos que se dispuseram gentilmente a serem entrevistados por mim.

A Meigle Rafael, por ter propiciado, com afeto e amizade, a interlocução durante a redação desta tese, assim como pela cuidadosa revisão que realizou de todo o texto.

A Carlos Oliveira, pelo ombro irmão, amigo e sempre disponível.

A Sally, Liam e Thomas, com todo meu amor.

## Resumo

A LER/DORT (Lesões por Esforços Repetitivos/Distúrbios Ósteo Articulares Relacionados ao Trabalho) é uma doença que cursa com dor crônica e incapacidade para o trabalho e que afeta em graus variados a saúde e a vida dos doentes. A subjetividade dos sintomas e a inexistência de um diagnóstico morfofuncional conflitam o manejo clínico dos casos e a relação médico-paciente. Os conceitos *narrativa* e *experiência*, sob uma perspectiva *hermenêutica* e *fenomenológica*, são utilizados para investigar duas dimensões do adoecimento que estão presentes nesse conflito: 1) a *historicidade* do conceito – a dificuldade da medicina em “objetivar” esse sofrimento, que não impede a doença instituir-se na presença de certos elementos e situações sociais e políticas; 2) a natureza *hermenêutica* da clínica - com suas aberturas, “incompletudes” e o caráter posicional do médico, para mostrar que a doença institui-se na rede de atenção à saúde do trabalhador a partir de espaços sociais e políticos, cujas interseções são marcadas por interesses, conflitos e alianças transitórias. Confluências e impasses práticos, científicos, teóricos, políticos, éticos, morais envolvidos na compreensão do fenômeno são evidenciados, de modo a subsidiar políticas de melhorias do exercício profissional do médico e da qualidade assistencial fornecida aos enfermos.

**Palavras-chave:** Experiência - Fenomenologia – Hermenêutica - Medicina do Trabalho - Narrativa - Relação médico-Paciente - Saúde do Trabalhador

## Abstract

Work-Related Musculoskeletal Disorders (also known as Repetitive Strain Injury or Cumulative Trauma Disorders) are diseases characterized by chronic pain and incapacity which affect the health and lives of their sufferers to varying degrees. The subjective nature of their symptoms and the inexistence of a morph functional diagnosis make both the clinical assessment of such conditions and the insuing relationships between doctor and patient difficult. In this study, the concepts of *narrative* and *experience* are used from a hermeneutic and phenomenological perspective to investigate two important dimensions which arise from these difficulties. The first dimension is the conceptual historicity of the diseases, whereby despite the difficulty of their medical “objectification” they have become instituted owing to the presence of certain socio-political factors and situations. The second dimension is the hermeneutic nature of the clinical procedures in relation to the diseases with their openings, incomplitudes, ambiguities and the political nature of the doctor’s position. The investigation of these two concepts reveals that WMSDs are instituted within the network of occupational health via social and political spaces, the intersection of which are marked by differing interests, conflicts and transitory alliances. Practical, scientific, theoretical, political, ethical and moral confluences and impasses involved in the comprehension of the phenomena have been pointed out during the study in the hope of assisting in the improvement of the professional practices of doctors and the quality of services provided to the sufferers of WMSDs.

**Key Words:** Experience – Hermeneutics – Narrative - Occupational Medicine - Patient-Doctor Relationship - Phenomenology



# SUMÁRIO

## INTRODUÇÃO

O conflito clínico da LER/DORT.....	12
1. <i>História e conceituação da LER/DORT – os nomes e as normas</i> .....	12
2. <i>Os sintomas e a história natural da LER/DORT</i> .....	17
3. <i>A clínica e o diagnóstico da LER/DORT</i> .....	22
4. <i>Desdobramentos do conflito médico-paciente e a proposta de estudo</i> .....	26

## PARTE I

A historicidade da compreensão médica da LER/DORT.....	34
CAPÍTULO 1	
A LER/DORT como um problema de saúde pública nos Estados Unidos.....	44
1. <i>Uma breve revisão histórica</i> .....	44
1.1. <i>Uma história das CTD</i> .....	46
CAPÍTULO 2	
O Nascimento da LER/DORT no Brasil.....	90
1. <i>Organização dos trabalhadores e transformação da tenossinovite em doença do trabalho</i> .....	90
1.1. <i>A "saúde do trabalhador" e o contexto sindical</i> .....	92
1.2. <i>Associação entre sindicalismo e medicina</i> .....	96
1.3. <i>A tenossinovite dos digitadores e o método epidemiológico dos cipistas</i> .....	99
1.4. <i>A idéia da LER</i> .....	103
1.5. <i>As comissões de saúde</i> .....	107
2. <i>A transformação médica da tenossinovite em LER</i> .....	113
2.1. <i>A inspiração australiana</i> .....	115
2.2. <i>O NUSAT de Belo Horizonte</i> .....	119
2.3. <i>Os Bancários e a CUT</i> .....	131
3. <i>As Normas Técnicas de São Paulo e Minas Gerais</i> .....	134
CAPÍTULO 3	
A epidemia australiana e o "estado da arte" da LER/DORT.....	144
1. <i>Repetitive Strain Injury: a epidemia australiana e a teoria iatrogênica</i> .....	144
1.1. <i>A hipótese de mudança na percepção de sintomas endêmicos</i> .....	149
1.2. <i>Cumulative Trauma Disorders e Repetition Strain Injury: uma comparação entre as epidemias americana e australiana</i> .....	154
1.3. <i>Da importância de nomear e sobre indenização ou seguros</i> .....	158
1.4. <i>A experiência australiana conforme Dembe</i> .....	162
2. <i>O "estado da arte" do conhecimento da LER/DORT</i> .....	164
2.1. <i>Os mecanismos e a patogênese das desordens musculoesqueléticas</i> .....	167
2.2. <i>O modelo da equipe de Armstrong</i> .....	170
2.3. <i>Mecanismos patológicos da relação entre WRULDS e trabalho</i> .....	178
PARTE II	
Medicina do trabalho: uma especialidade clínica.....	187
CAPÍTULO 4	
Uma história do encontro clínico.....	193

1. <i>O encontro clínico</i> .....	193
1.1 A relação médico-paciente na era pré-moderna .....	197
1.2 O nascimento da medicina moderna .....	205
1.3 A tecnologia médica .....	212
2. <i>O encontro médico moderno: sucessos e críticas</i> .....	216
2.1 Investigações e teorias que enfocam as relações médico-paciente .....	220
2.2 Estudos sociais e culturais .....	224
2.3 Medicina e estudos filosóficos .....	230
<b>CAPÍTULO 5</b>	
A hermenêutica clínica .....	233
1. <i>A interpretação clínica: uma hermenêutica da medicina</i> .....	233
1.1 O texto clínico .....	235
2. <i>O telos do encontro clínico</i> .....	243
3. <i>Objetividade médica: seus ideais perceptivo e matemático</i> .....	249
4. <i>A aquisição de habilidades: uma leitura de Maurice Merleau-Ponty por Hubert Dreyfus</i> .....	254
4.1 O arco intencional .....	255
4.2 Apreensão máxima: ação sem representação .....	258
<b>PARTE III</b>	
Narrativas médicas da experiência clínica da LER/DORT .....	262
1. <i>A constituição da identidade narrativa</i> .....	263
1.1 As dimensões da narratividade .....	266
1.2 Contexto relacional .....	269
2. <i>O itinerário metodológico da pesquisa</i> .....	270
2.1 A abordagem dos médicos do trabalho .....	272
<b>CAPÍTULO 6</b>	
O médico do trabalho na empresa .....	279
1. <i>A medicina do trabalho e a industrialização no Brasil no século XX</i> .....	280
1.1 Do médico de fábrica ao serviço médico de empresa .....	282
1.2 A atualidade do médico do trabalho nas empresas .....	288
<b>CAPÍTULO 7</b>	
O médico do trabalho na perícia previdenciária .....	322
1. <i>O contexto previdenciário brasileiro</i> .....	322
1.1 A perícia médica previdenciária .....	327
1.2 A perícia médica e a LER/DORT .....	331
<b>CAPÍTULO 8</b>	
O médico do trabalho no Sistema Único de Saúde .....	358
1. <i>A hegemonia do preventivismo</i> .....	359
2. <i>O CESAT e os CEREST na Bahia</i> .....	367
<b>CAPÍTULO 9</b>	
O médico do trabalho no sindicato dos trabalhadores .....	393
1. <i>O contexto sindical</i> .....	393
CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	452
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	440

# INTRODUÇÃO

# O CONFLITO CLÍNICO DA LER/DORT

## 1. História e conceituação da LER/DORT – os nomes e as normas

A LER/DORT (Lesões por Esforços Repetitivos – LER ou Distúrbios Ósteo Articulares Relacionados ao Trabalho – DORT) é um tipo específico de *doença ocupacional* que surgiu no Brasil há menos de duas décadas e que, em decorrência da gravidade dos sintomas e da incidência crescente entre trabalhadores de quase todas atividades econômicas dos vários estados, se tornou o principal problema de saúde pública relacionado ao trabalho no país: já responde por cerca de oitenta por cento dos "auxílios e aposentadorias" por doenças ocupacionais concedidas atualmente pela Previdência Social (Brasil, 2001:245).

Enquanto uma "doença do trabalho", a LER/DORT é equivalente a um "acidente do trabalho" para fins de direitos trabalhistas e benefícios previdenciários dos trabalhadores afetados e, como tal, é uma "entidade" definida pela Previdência Social. O INSS (Instituto Nacional de Seguridade Social), em sua última resolução referente ao assunto, a Instrução Normativa INSS/98 de 05.12.2003, conceitua a doença do seguinte modo:

Entende-se LER/DORT como uma síndrome relacionada ao trabalho, caracterizada pela ocorrência de vários sintomas, concomitantes ou não, tais como: dor, parestesia, sensação de peso, fadiga, de aparecimento insidioso, geralmente [localizando-se] nos membros superiores, mas podendo acometer membros inferiores. Entidades neuro-ortopédicas definidas como tenossinovites, sinovites, compressão de nervos periféricos, síndromes miofaciais, que podem ser identificadas ou não. Frequentemente são causas de incapacidade laboral temporária ou permanente. São resultado da combinação da sobrecarga das estruturas anatômicas do sistema osteomuscular com a falta de tempo para sua recuperação. A sobrecarga pode ocorrer seja pela utilização excessiva de determinados grupos musculares em movimentos repetitivos com ou sem exigência de esforço localizado,

seja pela permanência de segmentos do corpo em determinadas posições por tempo prolongado, particularmente quando essas posições exigem esforço ou resistência, das estruturas músculo-esqueléticas contra a gravidade. A necessidade de concentração e atenção do trabalhador para realizar suas atividades e a tensão imposta pela organização do trabalho são fatores que interferem de forma significativa para a ocorrência de LER/DORT (Instrução Normativa INSS/98/2003:1).

Essa definição longa e complexa para uma doença (sintomas organizados em síndromes que comprometem o sistema motor do corpo humano, explicadas através de uma causalidade representada por sobrecargas mecânicas ou psíquicas, que são provocadas pelo trabalho) já prenuncia algumas dificuldades da Previdência Social em lidar com esse tipo específico de acidente do trabalho. Desde que foi regulamentada pela primeira vez, em 1987, ainda com a denominação de "tenossinovite dos digitadores", a Previdência Social realizou pelo menos quatro modificações de suas normas para caracterizar a LER/DORT, mudando seu nome, ampliando seu conceito e redefinindo os procedimentos médicos que devem caracterizar a doença e a incapacidade para definir o afastamento do trabalho. A própria Instrução Normativa de 2003 refere-se a si mesma como uma "atualização clínica" e ressalta, desde sua introdução, a pluralidade de nomes pelos quais a doença tem sido denominada em sua tradição relativamente curta no Brasil:

A terminologia DORT tem sido preferida por alguns autores em relação a outras, tais como, Lesões por Traumas Cumulativos (LTC), Lesões por Esforços Repetitivos (LER), Doença Cervicobraquial Ocupacional (DCO) e Síndrome de Sobrecarga Ocupacional (SSO), para evitar que na própria denominação já se apontassem causas definidas (como, por exemplo: cumulativa nas LTC e "repetitivo" nas LER) e os efeitos (como por exemplo: "lesões" nas LTC e LER) (Instrução Normativa INSS-98/2003: 1).

Essas denominações múltiplas têm a ver com os modos distintos e históricos de conceber a doença, e o texto previdenciário prontifica-se a esclarecer o assunto através de "elementos epidemiológicos e legais" que a doença comporta, engendrados nos "aspectos históricos" que têm caracterizado essas análises:

Com o advento da Revolução Industrial, quadros clínicos decorrentes de sobrecarga estática e dinâmica do sistema osteomuscular tornaram-se mais numerosos. No entanto, apenas a partir da segunda metade do século [XX] esses quadros osteomusculares adquiriram expressão em número e relevância social, com a racionalização e inovação técnica na indústria, atingindo, inicialmente, de forma particular, perfuradores de cartão... (IN INSS 98/2003:1).

De fato, desde o final do século XVII, com Ramazzini, considerado o pai da medicina do trabalho, a medicina observa e investiga de modo sistemático as doenças que ocorrem em comunidades de trabalhadores, relacionando situações específicas de sofrimento aos desdobramentos históricos de atividades econômicas do mundo industrial. Atualmente, o conhecimento de elementos da causalidade da LER/DORT é ressaltado na Instrução/2003:

A alta prevalência das LER/DORT tem sido explicada por transformações do trabalho e das empresas. Estas têm se caracterizado pelo estabelecimento de metas e produtividade, considerando apenas suas necessidades, particularmente a qualidade dos produtos e serviços e a competitividade do mercado, sem levar em conta os trabalhadores em seus limites físicos e psicossociais. Há uma exigência de adequação dos trabalhadores às características organizacionais das empresas, com intensificação do trabalho e padronização dos procedimentos, impossibilitando qualquer manifestação de criatividade e flexibilização, execução de movimentos repetitivos, ausência e impossibilidades de pausas espontâneas, necessidades de permanência em determinadas posições por tempo prolongado, exigência de informações específicas, atenção para não errar e submissão a monitoramento de cada etapa dos procedimentos, além de mobiliário, equipamentos e instrumentos que não propiciam conforto." (IN INSS 98/2003:1).

Essa caracterização da doença como uma entidade nosológica específica e resultante de sobrecargas físicas e psíquicas, assim como o caráter epidêmico de sua ocorrência, não são próprios do Brasil. Quanto a isto, diz a Norma: "Entre os países que viveram epidemias de LER/DORT estão a Inglaterra, os países escandinavos, o Japão, os Estados Unidos e a Austrália". Esse aspecto de *pandemia* da doença fez, inclusive, mudar o "conceito tradicional de que o trabalho pesado, envolvendo esforço físico, é

mais desgastante que o trabalho leve, envolvendo esforço mental, com sobrecarga dos membros superiores e relativo gasto de energia" (IN INSS 98/2003: 2).

A partir dessa generalidade, o texto particulariza a história da doença no Brasil como um desdobrar de nomes pelos quais respondeu e das legislações sucessivas, previdenciárias ou trabalhistas, que tentaram caracterizá-la para amparar e proteger trabalhadores. Lembra que, desde 1973, há registros de estudos apresentados em congressos médicos brasileiros de casos de *tenossinovite ocupacional* entre lavadeiras, limpadores, engomadeiras e outros profissionais que trabalham utilizando movimentos das mãos. Mas, além desse interesse de pesquisas acadêmicas e de reivindicações de alguns setores sindicais de trabalhadores, a LER/DORT só surge oficialmente no Brasil com a Circular INAMPS nº 501.001.55/10, de 07/11/1986, a qual equipara a *tenossinovite* ao conceito de *acidente do trabalho*, nos moldes em que este era definido pela Lei 6.367/76. Conforme ressalta Monteiro (1995:260), o texto dessa Circular não só considerou a *tenossinovite* como um tipo de lesão imputável ao acidente de trabalho como também ampliou para outras lesões do sistema motor do corpo essa possibilidade, além de abrir o usufruto conseqüente do direito a outras categorias profissionais de trabalhadores que não fossem os digitadores:

O disposto nesta circular aplica-se a todas as afecções que, relacionadas ao trabalho, resultem de sobrecarga das bainhas tendinosas, do tecido peritendinoso e das inserções musculares e tendinosas, sobrecarga essa que entre outras categorias profissionais freqüentemente se expõem os digitadores de dados, mecanógrafos, datilógrafos, pianistas, caixas, grampeadores, costureiras e lavadeiras (Circular INAMPS 501.001.55/10 de 07/11/1986, citado por Monteiro, 1995:260).

Essa orientação geral voltada para as lesões e exigências profissionais é importante, pois nela se inaugura o que pode ser identificado como um sentido originário da LER/DORT em termos de lesão e da repetitividade dos movimentos como causa da doença, elementos observados tanto nas velhas lavadeiras quanto nas novas profissões de digitadores. A reforma da Norma Regulamentadora nº 17, publicada

pelo Ministério do Trabalho em 1990 e que modificou a Portaria 3214/78, traz essa indicação, na medida em que normatiza o limite das cargas, posições, movimentos e mobiliários do posto de trabalho.

Nos anos 90, frente ao número cada vez maior de casos da doença, já foi possível sistematizar os dados da experiência clínica nacional e identificar as novas categorias de trabalhadores atingidos e susceptíveis. Em 1991, o então unificado Ministério do Trabalho e Previdência Social, incluía, na sua série de Normas Técnicas para Avaliação de Incapacidade para o Trabalho, aquela referente à LER, que explicitava os critérios de diagnóstico e tratamento, ressaltava aspectos epidemiológicos, com base na experiência do Núcleo de Saúde do Trabalhador do INSS de Minas Gerais, ao tempo em que descrevia casos entre diversas categorias profissionais, tais como: digitador, controlador de qualidade, embalador, enfitadeiro, montador de chicotes, montador de tubos de imagem, operador de máquinas, operador de terminais de computador, auxiliar de administração, telefonista, auxiliar de cozinha e copeiro, eletricista, escriturário, operador de caixa, recepcionista, faxineiro, ajudante de laboratório, vidraceiro e vulcanizador (INSS IN 98/2003:2).

Cada vez mais, trabalhadores de diferentes profissões em ramos de serviço ou indústria passavam a fazer parte das comunidades atingidas pela doença. A segunda revisão da Nota Técnica MPAS/91 produziu a Norma Técnica/93, "amplamente discutida pela sociedade civil" (conforme sua própria apresentação), que definiu como LER o nome da doença. No rol das causas e da relação com o trabalho, passou-se a reconhecer, "na sua etiologia", "além dos fatores biomecânicos, os fatores relacionados à organização do trabalho". Isto é, além das posições, posturas e movimentos corporais repetitivos, "fatores organizacionais e psicossociais ligados ao trabalho também passaram a ser "considerados na causalidade da doença". Com isto, deveriam ser também valorizadas "as percepções subjetivas que o trabalhador tem dos fatores de organização do trabalho". Prossegue o texto da Norma:



Como exemplo de fatores psicossociais podemos citar: considerações relativas à carreira, à carga de trabalho e ao ambiente social e técnico do trabalho. A "percepção" psicológica que o indivíduo tem das exigências do trabalho é o resultado das características físicas da carga, da personalidade do indivíduo, das experiências anteriores e da situação social do trabalho" (ib.: 3).

A denominação LER permaneceu até que, no final da década de 90, a Norma Técnica nº 606/98 do INSS muda outra vez o nome da doença, desta vez para DORT, considerando-a como

[...] uma síndrome clínica caracterizada por dor crônica, acompanhada ou não de alterações objetivas, que se manifesta principalmente no pescoço, cintura escapular e/ou membros superiores, em decorrência do trabalho e que pode afetar tendões, músculos e nervos periféricos [...] (Ministério da Saúde, 2001: 424)

Essa precisão anatômica exigida pelo INSS na caracterização da doença, entretanto, "é difícil" e "o nexos com o trabalho tem sido objeto de questionamento, apesar das evidências epidemiológicas e ergonômicas" (ib.:424). Isto justifica a última revisão da Instrução Normativa de 2003 que decide, inclusive, agrupar as palavras LER e DORT no novo nome da doença.

## **2. Os sintomas e a história natural da LER/DORT**

Conforme registrado acima, os principais sintomas da LER/DORT são a *dor crônica*, espontânea ou decorrente de certas movimentações passivas ou ativas do corpo, e certas *sensações*, ou sintomas qualificados como "sensação de" fraqueza, peso, cansaço, dormência, formigamento, agulhada, choque etc. Esses sintomas resultam em *incapacidade*, a dificuldade progressiva para o uso das mãos, dos membros superiores ou da parte do corpo afetada pela doença, a qual deve ser definida pelo médico. Além dos sintomas, em certos casos, é possível identificar, ao exame clínico ou observação direta, elementos de um processo inflamatório crônico não específico, às vezes acompanhado de atrofia musculares ou alterações ósseas e neurológicas

nas zonas anatômicas comprometidas. Para o diagnóstico, é importante, como ressalta o Manual de Doenças do Trabalho do Ministério da Saúde, “a descrição cuidadosa desses sinais e sintomas quanto à localização, forma e momento de instalação, duração e caracterização da evolução, intensidade, bem como os fatores que contribuem para a melhora ou o agravamento do quadro clínico” (Brasil, 2001:425).

Nessa tarefa complexa do diagnóstico de LER/DORT, a Instrução Normativa INSS 98/2003 tenta fazer coincidir com o texto do Ministério da Saúde as indicações de procedimentos e condutas clínicas. Desde o princípio, relembra, o diagnóstico segue os mesmos passos rotineiros que a clínica possui em sua prática:

O diagnóstico de LER/DORT consiste, como em qualquer caso, nas etapas habituais de investigação clínica, com os objetivos de se estabelecer a existência de uma ou mais entidades nosológicas, os fatores etiológicos e de agravamento (IN INSS 98/2003:4).

Antes de qualquer coisa, o texto da Instrução/2003 nos adverte, a LER/DORT é uma doença como todas outras, ou seja, é uma entidade nosológica cuja constatação obedece aos mesmos princípios, procedimentos e seqüências com os quais a clínica sempre operou em seus diagnósticos. Além da investigação tradicional e dos mesmos passos de uma nosologia definindo o seu objeto, a clínica deve definir também uma estrutura de causalidade da doença e as possibilidades de evolução do curso do mal ou de seu prognóstico. Pode-se dividir, para fins de descrição, três passos ou etapas do exame clínico tradicional.

O primeiro é a *anamnese*, o "rememorar" dos sintomas que o doente faz ao médico no momento da consulta e que compreende: (1) a *história da moléstia atual*, (2) o *interrogatório sistemático* sobre o funcionamento dos aparelhos e sistemas do corpo, (3) o *interrogatório dos hábitos e comportamentos* especiais de cada doente e (4) seus *antecedentes* particulares, *pessoais e familiares*. Ao final desse primeiro interrogatório e

havendo suspeita de doença decorrente do trabalho, deve-se obter a *história ocupacional* do doente, ou seja, "um retrato dinâmico de sua rotina laboral" para identificar as possíveis situações que comprometeram a sua saúde (ib.: 5). O passo seguinte é o *exame físico*, que se caracteriza pela observação direta do médico sobre o corpo do doente e seu objetivo é identificar e descrever "sinais clínicos" visíveis, palpáveis ou audíveis, no corpo e nos movimentos ou funções do doente. A terceira etapa, que pode ser prescindível ou imprescindível para o diagnóstico, dependendo da suspeita clínica, é compreendida pelos "exames indiretos" ou exames complementares que fazem parte da rotina clínica e suas condutas terapêuticas (exames de sangue, urina, radiografias, tomografias etc.). No caso específico da LER/DORT, lembrando o que se refere aos sintomas, o texto em questão nos informa que:

[...] as queixas mais comuns entre os trabalhadores com LER/DORT são dor localizada, irradiada ou generalizada, desconforto, fadiga e sensação de peso. Muitos relatam formigamento, dormência, sensação de diminuição de força, edema e enrijecimento muscular, choque, falta de firmeza nas mãos, sudorese excessiva, alodínea (sensação de dor como resposta a estímulos não nocivos em pele normal). São queixas encontradas em diferentes graus de quadro clínico (IN INSS 98/2003:4).

Para o raciocínio clínico, a subjetividade e a diversidade sintomatológica devem ser compreendidas nas "variações do tempo" dos sintomas e nas localizações no corpo do doente. Essa caracterização temporal, uma compreensão histórica da doença, pressupõe um desdobrar crônico de sintomas que se relacionam a tarefas ou situações mórbidas de trabalho:

O início dos sintomas é insidioso, com predominância nos finais da jornada de trabalho ou durante os picos de produção, ocorrendo alívio com o repouso noturno e nos finais de semana. Poucas vezes o paciente se dá conta de sua ocorrência precocemente. Por serem intermitentes, de curta duração e de leve intensidade, passam por cansaço passageiro ou "mau jeito" (ib.:4).

Os sintomas iniciais, vagos e imprecisos, são agravados pela continuação do desempenho das tarefas durante a atuação profissional:

A necessidade de responder às exigências do trabalho, o medo de desemprego, a falta de informação e outras contingências, principalmente nos momentos de crise em que vivemos, estimulam o paciente a suportar seus sintomas e a continuar trabalhando como se nada estivesse ocorrendo (ib.:4).

Esse é o terreno fértil onde se instalam ou se agravam, aos poucos, os componentes sintomáticos do quadro clínico da doença. Antes intermitentes, os sintomas tornam-se cada vez mais presentes nas jornadas de trabalho, invadem mais e mais as noites e os fins de semana dos trabalhadores. Muitos deles procuram médicos, divididos entre a dor e as demandas profissionais, mas nem sempre obtêm orientação eficaz no sentido de deter a progressão do problema:

Muitas vezes recebem tratamento baseado apenas em antiinflamatórios e sessões de fisioterapias, que "mascaram" transitoriamente os sintomas, sem que haja ação de controle de fatores desencadeantes e agravantes. O paciente permanece, assim, submetido à sobrecarga estática e dinâmica do sistema músculo-esquelético e os sintomas evoluem de uma forma tão intensa que sua permanência no posto de trabalho se dá às custas de muito esforço. Não ocorrendo mudanças nas condições de trabalho, há grandes chances de piora progressiva do quadro clínico (ib.:4).

Nessa fase ocorre para o trabalhador o comprometimento tanto de suas atividades ocupacionais quanto das atividades cotidianas, a higiene doméstica e pessoal, por exemplo. A gravidade e duração das crises o deprimem e submetem cada vez mais à condição de doente e incapacitado. Aos poucos, algo que a clínica compreende através de uma "história natural da doença" e que engendra sintomas e condições de trabalho, instala-se no corpo e adquire uma autonomia em relação aos seus próprios fatores causais:

Com o passar do tempo os sintomas aparecem espontaneamente e tendem a se manter contínuos, com a existência de crises de dor intensa, geralmente desencadeada por movimentos bruscos,

pequenos esforços físicos, mudança de temperatura ambiente, nervosismo, insatisfação e tensão. Às vezes as crises ocorrem sem nenhum fator desencadeante aparente. Essas características já fazem parte de um quadro mais grave de dor crônica, que merecerá abordagem especial por parte do médico, integrado em uma equipe multidisciplinar. (ib.: 4).

Embora muitos dos sintomas sejam subjetivos, o quadro clínico exige mudanças no trabalho e na própria vida do doente. "É comum que se identifiquem evidências de ansiedade, angústia, medo e depressão, pela incerteza do futuro, tanto do ponto de vista profissional como pessoal" (ib.:4), principalmente em decorrência da dor crônica que se instala como um fator determinante no corpo e vida do doente. Sobre esse aspecto, a mesma Instrução 2003 ressalta:

Especial menção deve ser feita em relação à dor crônica dos pacientes com LER/DORT. Trata-se de quadro caracterizado por dor contínua, espontânea, atingindo segmentos extensos, com crises algicas de duração variável e existência de comprometimento importante das atividades da vida diária. Estímulos que, a princípio, não deveriam provocar dor, causam sensações de dor intensa, acompanhadas muitas vezes de choque e formigamento. Os achados de exame físico podem ser extremamente discretos e muitas vezes os exames complementares nada evidenciam, restando apenas as queixas do paciente que por definição são subjetivas (ib.: 4-5).

A dor toma conta dos movimentos do doente. Essa autonomia, que já supõe um caráter crônico e prenuncia uma vida longa e própria para a doença, pode reduzir-se a um quadro exclusivo de sintomas subjetivos, sem evidências à observação direta do médico no corpo do doente. A conseqüência é enfatizada, de modo surpreendente, pela própria Instrução/2003:

Essa situação freqüentemente desperta sentimentos de impotência e desconfiança no médico, que se julga "enganado" pelo paciente, achando que o problema é de ordem exclusivamente psicológica ou de tentativa de obtenção de ganhos secundários. Do lado de alguns pacientes, essa evolução extremamente incômoda e sofrida traz depressão e falta de esperança, despertando o sentimento e a necessidade de "provar a todo custo" que realmente têm o problema e que não se trata de "invenção de sua cabeça" (ib.: 5).

Se, da perspectiva da visibilidade médica da lesão os sintomas tornam-se inteiramente subjetivos, conforme vimos, a causalidade da suposta doença também repousa sobre uma outra história:

Tão fundamental quanto elaborar uma boa história clínica é perguntar detalhadamente como e onde o paciente trabalha, tentando ter um retrato dinâmico de sua rotina laboral: duração de jornada de trabalho, existência de tempos de pausas, forças exercidas, execução e frequência de movimentos repetitivos, identificação de musculatura e segmento do corpo mais utilizados, existência de sobrecarga estática, formas de pressão de chefias, exigências de produtividade, existência de prêmio por produção, falta de flexibilidade de tempo, mudanças no ritmo de trabalho ou na organização do trabalho, existência de ambiente estressante, relações com chefes e colegas, insatisfações, falta de reconhecimento profissional, sensação de perda de qualificação profissional. (ib.: 6).

Essa causalidade eclética, que agrupa movimentos corporais, esforços, posturas e gestos, organizados no tempo da jornada de trabalho e no espaço do corpo do trabalhador, movido por ritmos e pressões de gestão e organização do trabalho, relações interpessoais etc., "não pode ser compreendida matematicamente", reconhece a Instrução/2003 (ib.:6). Esses elementos, do mesmo modo que a história clínica, devem ser interpretados do ponto de vista de uma "história natural" fundamentada, inclusive, fora da medicina, no âmbito de conhecimentos que se sedimentam em conceitos como ergonomia, ambiente, higiene, risco, administração, etc.: "Em condições ideais, a avaliação médica deve contar com uma análise ergonômica, abrangendo o posto de trabalho e a organização do trabalho" (ib.:6).

### **3. A clínica e o diagnóstico da LER/DORT**

Frente a um paciente com uma história clínica e ocupacional sugestiva da presença de LER/DORT, como o médico deve prosseguir até poder confirmar sua hipótese diagnóstica? Nesse ponto, a tradição clínica prescreve a análise dos sinais diretos obtidos pelo exame físico e dos dados indiretos obtidos pelos exames

complementares. Sobre esses passos, a Instrução 2003 não se pronuncia. O item referente ao *exame físico* não traz observações e o referente aos *exames complementares* apenas recomenda que a solicitação de exames deve atender a um "raciocínio clínico" e uma "hipótese diagnóstica" definida. Essa omissão aparente apenas ratifica os preceitos gerais da OS 606/98 quanto ao exame físico e reafirma que "são minoria os casos em que os exames complementares apóiam o diagnóstico; exames laboratoriais, raios-X e eletroneuromiografia não se têm mostrado eficazes na detecção de DORT" (ib.:30).

A tradição dos últimos cinco anos sustentou-se, entretanto, nos ensinamentos dessa Norma INSS 606/98, a qual dizia que a DORT era uma doença com um diagnóstico "eminentemente clínico e comumente difícil" e ressaltava a importância do exame: "mais uma vez chamamos atenção para o fato de que o mais importante para o fechamento do diagnóstico é o exame físico bem feito, irrepreensível, se possível" (ib: 31). Havia, nesse caso, uma exigência especial de identificar algumas síndromes que pudessem ser circunscritas em termos de lesão e espacialização anatômica, apresentadas por um quadro clínico definido como um conjunto nosológico e depois classificadas como DORT, após considerações sobre a relação ou nexos com o trabalho. O termo DORT, porém, "não é aceito como diagnóstico clínico", dizia a OS 606/98 (ib.: 30); é preciso investigar a presença ou ausência de algum tipo específico de lesão, precisar sua *natureza patológica*, a qual pode ser uma inflamação, uma compressão neurológica ou de outra natureza não reconhecida (ib.:30).

Essa generalidade classificatória inclui, entre as síndromes que compõem as DORT, lesões de natureza inflamatória, tais como tendinite, sinovite, tenossinovite, epicondilite, epitrocleite, bursite etc; lesões resultantes de compressão de certos nervos periféricos com neurites sensitivas ou motoras; e lesões com patogênese desconhecida, como os cistos sinoviais (ib.: 33-38). O segundo ponto que exige uma definição clínica é a região anatômica afetada no corpo do doente. No âmbito do

diagnóstico da DORT, é necessário que o médico aponte os grupamentos ósseos, musculares ou neurológicos comprometidos pela lesão, além de especificar os segmentos anatômicos atingidos. Desse modo, *síndrome do túnel do carpo*, *síndrome do pronador redondo*, *tendinite bicipital*, etc. (ib.:33-38) são exemplos de síndromes constituídas por entidades mórbidas já bem conhecidas na tradição clínica, que também podem ter uma etiologia ocupacional e serem catalogadas como DORT, a depender das relações que possam ser estabelecidas com as condições de trabalho. Mas, na maioria dos casos, sobretudo nas fases iniciais de adoecimento, os sintomas são preponderantes no diagnóstico, o qual apóia-se muito mais sobre as queixas do paciente e de uma avaliação médica do conjunto desses elementos clínicos.

Além desses procedimentos direcionados, o médico deve ter sempre em mente o diagnóstico diferencial com outras doenças cujo quadro clínico pode confundir-se com a LER/DORT, síndromes símiles que não tenham uma etiologia ocupacional. Entre as entidades mórbidas que mais se confundem, ou que se alegam confusão, está a *fibromialgia* ou *síndrome da fadiga crônica*, a qual cursa com dores e comprometimento do sistema músculo esquelético, mas não tem relação com esforços ou pressões psicológicas (ib.: 38).

Finalmente, após definir a especificidade patológica da lesão, sua circunscrição nos tecidos do corpo e nas regiões anatômicas afetadas, o médico deve fazer corresponder esse quadro clínico, bem ou mal definido, a uma causalidade situada no trabalho. Essa definição é determinante para o doente, pois a existência de um nexo positivo com o trabalho define para ele o caráter acidentário da doença, assegura seu direito ao afastamento do trabalho e aos benefícios previdenciários no caso de incapacidade, garante estabilidade no emprego e pode propiciar ganhos em litígios trabalhistas e cíveis contra o empregador. A Norma prescreve que para a definição da incapacidade, o médico deve contar com "a avaliação ergonômica do posto de trabalho, a realização de força para o desempenho da função, as posturas



inadequadas e o tempo de exposição a estes fatores", para não expor novamente seu doente aos mesmos agravantes da doença (ib:31). Cada decisão se refere, porém, a um caso; isto é, uma regra geral é inviável:

A avaliação da incapacidade laborativa levará em conta cada caso particular, dependendo das queixas clínicas, dos achados do exame físico e do diagnóstico firmado em relação à atividade exercida pelo segurado. Deve-se sempre confrontar o quadro clínico frente à postura e aos gestos envolvidos na atividade de trabalho (maneira como o trabalho é executado) (ib.:39).

Em suma, a LER/DORT "é um termo genérico", usado para denominar um grupo de sintomas representados por dores e limitações dos movimentos que comprometem mãos, punhos, braços, cotovelos, pescoço ou ombros, que acometem cada vez mais trabalhadores de todos os ramos ou atividades econômicas e que possui três causas principais: posturas forçadas, movimentos repetitivos e tensões ou *stress psicológico* no trabalho.

O problema com que a medicina se defronta na abordagem dos doentes ou suspeitos de LER/DORT é que apenas certa percentagem dos casos apresenta-se com um "quadro clínico e patológico completo", claro e florido (como a tenossinovite aguda, a síndrome do túnel do carpo e a epicondilite podem apresentar). A maioria deles caracteriza-se por sintomas subjetivos e sinais difusos ou ausentes. Esses sintomas permanecem para o médico sem uma "comprovação" correspondente nas estruturas anatômicas comprometidas ou nas correlações com o trabalho. Nessas situações, a confiança do médico no doente oscila entre sintomas referidos como desesperantes, mas que não se coadunam com a pobreza de sinais físicos; o clínico deve ater-se aos sintomas e à história do paciente, mas não deve desistir de procurar outros signos que podem ser obtidos através de exames complementares (radiografias, ultra-som, eletroneuromiografia etc), os quais lhe permitirão perceber ou visualizar alguma lesão ou disfunção de modo objetivo e, assim, caracterizar melhor o diagnóstico da doença.

Nestes casos, paira sempre uma suspeita de dúvida na relação entre o médico e o paciente. Como já se pode imaginar, a importância epidemiológica da doença faz ressoar ainda mais essas dúvidas e o conflito entre médico e paciente aumenta desde a ocasião do diagnóstico. Começa aqui o interesse específico da pesquisa: o conflito da interpretação de sintomas, o estabelecimento da relação com o trabalho, o diagnóstico diferencial e as "polêmicas acirradas quanto à natureza da doença", causas, evolução, tratamento, prognóstico e prevenção. Esse debate "tem envolvido e dividido profissionais, instituições públicas, empresários e trabalhadores", afirma o ergonomista Francisco Lima, da Universidade Federal de Minas Gerais (Lima, 2003:77).

#### **4. Desdobramentos do conflito médico-paciente e a proposta de estudo**

As divisões e conflitos acima referidos podem ser vistos tanto em seus aspectos médicos, internos ao diagnóstico clínico, como acabamos de ver, quanto a partir de uma perspectiva social, adotada por Lima (2003), num ensaio que segundo ele mesmo vem a ser uma "resposta" ao "ponto de vista oficial dos empresários mineiros sobre a questão da LER, expresso através de médicos que chefiam os serviços de saúde de importantes empresas da Região de Belo Horizonte, Betim e Contagem" (ib.:77). Em resposta à posição de uma "medicina do capital", Lima situa-se do lado "que seria o ponto de vista do trabalho" (ib.:77). Para ele, a posição do capital é desqualificar a LER/DORT como doença e com relação ao trabalho e, nesta tarefa, a medicina, que se encontra assim dividida, está em parte atrelada a interesses econômicos. Esse autor ressalva, porém, que:

[...] mesmo médicos e ergonomistas alinhados aos interesses dos empresários são bastante enfáticos em afirmar que as LER não são uma doença política. Entretanto, ao adotarem certas explicações e procedimentos consentâneos com a sua posição de classe, esses profissionais acabam restringindo, na prática, as possibilidades de compreensão e de prevenção das LER (ib.:78).

Apesar de seu viés ideológico, o ensaio de Lima enfatiza alguns dos principais argumentos que tem caracterizado a discussão social do fenômeno LER/DORT na atualidade, além, é claro, da contradição aparente dos discursos internos da medicina sobre o diagnóstico da doença. Primeiro, a "querela dos nomes", o desacordo entre "os conceitos e a realidade da doença", em que cada "médico especialista" defende um estatuto para a lesão e um tipo de relação com o trabalho (ib.: 78). Segundo, o problema das "predisposições" à doença, vistas como "fragilidade" individual, familiar ou, ainda, de certos grupos específicos (de gênero, por exemplo, em relação ao qual se registra a LER/DORT como "doença das trabalhadoras") (ib.: 78). O terceiro aspecto é a objetividade do diagnóstico médico e que se constitui também no interesse particular de pesquisa do presente trabalho. Sobre isto, diz Lima:

O diagnóstico médico reclamado pelos empresários deve ser "objetivo" e fundado em análises "técnicas", preferencialmente estabelecido com ajuda das evidências "visíveis" dos exames clínicos e laboratoriais. Nada é aparentemente mais justo e assentado no bom senso. Mas que concepções da doença e da dor fundam este "bom senso"? Para ser reconhecida, a doença precisaria ser visível e palpável, no sentido mais literal: não pode ser apenas ressentida pelos indivíduos – experiência subjetiva –, deve ser comprovada pelo olhar neutro e objetivo do médico e de seus instrumentos: há que haver lesão detectável através de "sinais visíveis" (ib.:80).

Para a suposta medicina dos empresários, a LER/DORT deve ser uma entidade mórbida objetiva e visível, que só pode ser acolhida pela técnica e através do olhar neutro do médico. Para Lima, todo esse questionamento é pífio em seus resultados, pois apenas opõe o conhecimento médico ao conhecimento leigo, a especialização excessiva à perda de uma "medicina popular", num processo em que "os especialistas passam a deter a verdade sobre os corpos" (ib.:80).

Apesar da crítica, Lima subscreve a idéia de uma supremacia do conhecimento médico, no qual residiria a verdade, sobre o conhecimento leigo da enfermidade. No

caso da LER/DORT, sua conclusão, suas expectativas de esclarecimento sobre esta doença são depositadas no desenvolvimento do saber médico:

As patologias músculo-esqueléticas que podem provocar sintomas dolorosos são inúmeras, mas o que ocorre na prática clínica diária é que, à luz do conhecimento científico atual, não conseguimos diagnosticar a razão etiológica do quadro doloroso na maioria dos pacientes. Várias pesquisas devem ser e estão sendo realizadas no sentido de tentar esclarecer ou até descartar uma possível causa anatômica da lesão (ib.:81).

A falta de uma definição "para explicar a etiologia da dor" é perigosa, adverte esse autor, porque "leva água para o moinho da tese do fingimento", que termina muitas vezes em humilhação dos doentes perante médicos, familiares, empregadores, amigos etc. Essa incerteza, receita Lima, deve ser contraposta por pesquisas "mais sérias sobre a psicofisiologia da dor", "desde que se reconheçam os atuais limites do saber médico" (ib.:81).

Aqui, meu interesse de pesquisa afasta-se dessa discussão, na medida em que considera que ela tangencia o problema, sem abordá-lo diretamente. De imediato, emerge como uma questão não respondida nessa compreensão, esta pergunta: como é possível que a medicina contemporânea, apesar dos recursos e inovações tecnológicos de que dispõe, não consiga definir uma doença cujos sintomas parecem tão evidentes e que se dissemina tão amplamente entre as mais diversas categorias de trabalhadores?

A partir dessa questão inicial, observa-se uma contradição no argumento de Lima, quando este considera como dado que "as LER não são uma *doença política*" e, desse modo, posiciona-se ao lado dos "médicos e ergonomistas alinhados aos interesses dos empresários". Talvez seja justamente pelo fato de negar esse *caráter político* que a LER/DORT possui, que esses defensores do capital podem muito bem utilizar o argumento que lhes permite reclamar da falta de objetividade da medicina em tornar

a doença visível a qualquer um que queira vê-la, independente da posição social ou ideológica que esse observador possa assumir.

De fato, Lima tem razão quando reclama que muitos médicos do trabalho não reconhecem a doença "apenas ressentida" pelos pacientes e renegada como uma "experiência subjetiva" e sem valor para o diagnóstico clínico. Mas soa romântica a sua esperança de, no futuro, "diagnosticar a razão etiológica do quadro doloroso na maioria dos pacientes", através de pesquisas que esclareçam ou descartem "uma possível causa anatômica da lesão" (ib.:81).

O problema da objetividade e subjetividade na medicina é antigo e tem sido muito discutido, especialmente quando ela opera enquanto prática, ou seja, como clínica, a aplicação particular do conhecimento da doença pelo médico à pessoa do seu paciente (Svenaeus, 2000). Na definição de uma conduta diagnóstica ou terapêutica do médico do trabalho frente às necessidades do seu paciente e, especialmente, no caso da LER/DORT, é impossível deixar de ver o jogo ambíguo entre subjetividade e objetividade que perpassa essas condutas clínicas – o qual não me parece que será resolvido por uma "razão etiológica" e nem por uma "psicofisiologia da dor".

No caso das epidemias da LER/DORT, na maioria dos países industrializados e no Brasil, muitos pesquisadores têm observado que a doença institui-se historicamente engendrando-se a partir de uma série de fatores sociais que têm força política suficiente para inserirem uma contribuição ao fenômeno na sua constituição médica enquanto doença. É desse modo histórico que a medicina tem conseguido dar positividade às doenças do tipo LER/DORT.

Por isso a pesquisa deseja problematizar, inicialmente, esse lado político da LER/DORT. Isto significa estudar a história do fenômeno a partir de seus efeitos, de certas características sociais que contribuíram para redimensionar sua estrutura atual

de sentidos. Estudar a LER/DORT como uma "doença política" significa examiná-la como um conceito mutável, para poder compreendê-la como uma enfermidade ou um fenômeno social cuja historicidade e contextos apontam para sentidos mais amplos e profundos do que os interesses corporativos de médicos ou de empresários.

Mas, além dessas características históricas do desenvolvimento do conceito, a pesquisa volta-se para examinar também a aplicação prática que o médico faz desse conhecimento diante do paciente com diagnóstico ou suspeita de LER/DORT. A descrição dessa experiência clínica do médico do trabalho constitui, portanto, o segundo momento da pesquisa.

Assim, o estudo possui dois eixos correlacionados. O primeiro é o estudo da instituição da LER/DORT no seio do conhecimento médico enquanto uma doença ocupacional, ressaltando a historicidade do conceito e certos fatores que estão presentes em diversos surtos epidêmicos da doença descritos no Brasil e em alguns países industrializados do mundo ocidental. O segundo considera que a "medicina do trabalho", definida como uma clínica especializada em diagnosticar doenças e relacioná-las ao trabalho, é o campo em que ocorre a "prática" desse conhecimento. Após a exposição do referencial teórico que fundamenta a clínica nos planos epistemológico, ontológico e histórico, descreve, através de narrativas de médicos do trabalho, como se institui a experiência clínica pessoal do médico perante o paciente com diagnóstico de LER/DORT.

A exposição da pesquisa desdobra-se em três partes. A primeira constará de três capítulos, que descrevem: 1) a instituição do conhecimento médico da LER/DORT nos EUA (com referências a episódios epidêmicos em outros países industrializados do mundo Ocidental) nos dois últimos séculos; 2) a instituição da LER/DORT no Brasil a partir da segunda metade da década de 1980; 3) a ascensão e queda súbitas da epidemia australiana que ocorreu durante o período entre 1985-1987 e a

configuração atual (o "estado da arte") do conhecimento médico dessa enfermidade. A opção por essa seqüência na organização dos capítulos dessa parte inicial deve-se ao fato de o tratamento ou enfoque médico da epidemia em questão nos Estados Unidos operou como modelo para a conduta médica no Brasil frente à sua emergência e desenvolvimento, em período bem posterior ao caso dos EUA – conforme se evidencia na apresentação histórica da epidemia no Brasil, no capítulo seguinte. Quanto ao caso australiano, seu modelo de apreensão dessa doença diferencia-se daquele fornecido pelos EUA. Tornou-se fundamental abordá-lo em separado, por isto e também porque a experiência australiana, mais que a americana, influenciou diretamente a conduta prática dos médicos brasileiros diante da LER/DORT. Além disto, porque na Austrália tornou-se patente a diversidade de interpretações médicas sobre o fenômeno do adoecimento. Por fim, os variados modos de apreensão desse fenômeno são compreendidos como contribuições que vieram a consolidar uma percepção geral hoje aceita pela comunidade médica internacional: o "estado da arte".

A segunda parte está dividida em uma introdução (que busca definir a medicina do trabalho enquanto uma especialidade clínica), e mais dois capítulos, nos quais é analisado o caráter epistemológico e ontológico da própria clínica médica, considerando-a como um empreendimento acima de tudo hermenêutico, que ocorre entre duas pessoas, o médico e o paciente, que conformam uma unidade de relação que o filósofo Fredrik Svenaeus denomina "encontro clínico" (Svenaeus, 2000).

A terceira parte enfoca a prática clínica dos médicos do trabalho, situados em instâncias que fornecem assistência médica, previdenciária, preventiva e sindical aos trabalhadores pacientes. Neste caso, é explorada, ao longo de quatro capítulos (correspondentes a essas quatro instâncias), sua narrativa da experiência perante o fenômeno da LER/DORT. Para isto, a clínica é tomada de modo contextualizado, a

partir de uma tipificação das agências às quais se vinculam esses atores, e que vão configurar sua compreensão e atuação relativas à doença.



## **PARTE I**

## INTRODUÇÃO

### **A historicidade da compreensão médica da LER/DORT**

Em um artigo que tem o curioso título de *Agora... até namorar ficou difícil: uma história das lesões por esforços repetitivos*, muito conhecido entre os profissionais que lidam com "saúde do trabalhador" no Brasil, as pesquisadoras Ada Ávila Assunção e Lys Esther Rocha iniciam a discussão dessa enfermidade apresentando um longo depoimento que representa "uma história de vida e de trabalho" de uma digitadora (Assunção & Rocha, 1993).

A intenção das autoras é mostrar o sofrimento dos doentes diagnosticados com essa doença e a luta da categoria de trabalhadores em "processamento de dados", visando uma legitimação dessa enfermidade como uma doença do trabalho na década de 1980 (ib.:464). Ao mesmo tempo, pretendem mostrar que essa opção inovadora pelas histórias de vida "recupera casos concretos" ao abordá-los "em suas dimensões clínicas e sociais, transitando entre o individual e o coletivo, o técnico e o político, o particular e o geral", conforme era o objetivo dos organizadores do livro (Buschinelli,1993). Foi com a mesma intenção de mostrar esses elementos clínicos e sociais presentes no fenômeno do adoecimento em foco que transcrevemos a narrativa – amplamente ilustrativa dos elementos médicos e sociais que configuram esta doença – fornecida àquelas autoras por uma trabalhadora com diagnóstico de LER/DORT:

*Agora até namorar ficou difícil*

Desde que comecei a trabalhar na digitação, em 1982, passei a sentir um incômodo no braço, principalmente no pulso. No começo dava para agüentar. Eu achava que era assim mesmo. Quando o serviço aumentava, piorava bastante, geralmente às segundas, quando aumentava a quantidade de cheques para serem compensados. Mas

eu chagava em casa, descansava, no outro dia desaparecia. Depois veio a dor. Não era bem uma dor... era mais uma sensação estranha no pulso, que com o tempo atacava os dedos, principalmente as pontas. As outras colegas reclamavam as mesmas coisas, embora a gente conversasse pouco.

Na empresa a gente chegava, corria para pegar a melhor cadeira, o equipamento mais macio, sentava e se desligava completamente, uns usavam até fone de ouvido. Na pausa para o lanche, após três horas de trabalho, o pessoal ficava calado. Parece que, atualmente, depois do Acordo Coletivo que o Sindicato conquistou, pausas de dez minutos a cada cinqüenta minutos de trabalho, o pessoal conversa mais.

Com o tempo a gente vai ficando isolada, mesmo fora do trabalho. Parece que aquele ambiente de trabalho contamina a gente. A gente sai dali e não consegue fazer mais nada de interessante. Antes eu gostava de ouvir música, de ler, de reunir com os colegas, ir ao cinema... Agora... Até namorar fica difícil. Principalmente em relação à doença, a gente quase não fala. Mais recentemente, depois que o sindicato conseguiu realizar o Seminário de Saúde e a Campanha de Saúde, o pessoal está mais esclarecido.

Quando surgiram os primeiros casos, todo mundo pensava que era invenção dos trabalhadores. Quando fiz a primeira cirurgia em 1986, senti-me completamente isolada, voltei para a empresa ainda com a cicatriz no punho bem evidente e ninguém perguntava nada. Não sei se é coisa da minha cabeça, mas eu sentia que o pessoal me desprezava, às vezes tinha uma sensação de que minha doença era contagiosa.

A dor começava no punho e nas pontas dos dedos, ia andando pelo braço, atingia até o pescoço, nem o repouso semanal aliviava mais. Doía direto, formigava e pior foi o inchaço. A palma da mão doía toda... era visível a diferença. Aí eu comecei a exigir mais da mão esquerda. Foi o meu azar. Porque a doença atingiu o outro braço também.

Desde março de 1985 procurei ortopedista do Convênio que me indicou imobilização, antiinflamatório e depois fisioterapia. Depois, como a dor não melhorava, comecei com infiltração de corticóide. Fiz a primeira cirurgia em fevereiro de 1986, sempre trabalhando como digitadora, pois os médicos afirmavam que não tinha nada concreto no INPS considerando a tenossinovite como Doença do Trabalho e que fundamentasse o desvio da função.

Quando piorou tudo e o outro braço começou a doer, aí eu não pude mais adiar a verdade: eu não podia mais trabalhar como digitadora.

Aí começou outra luta, a do reconhecimento da doença como profissional. Naquele momento o Sindicato começava a se organizar e me encontrei com outros digitadores que apresentavam o mesmo problema. Éramos poucos, mas logo a luta ganhou um caráter nacional depois do Congresso dos Profissionais de Processamento de Dados em maio de 1986.

Organizamos a Comissão Nacional de Saúde e começamos a agir. Denunciamos a doença, fomos à imprensa, enviamos carta para o Sarney, fizemos reunião no INAMPS...

Mas as minhas dores continuavam. Em agosto de 1986 fiz uma segunda cirurgia e foi dessa vez que entrei para o acidente do trabalho. Foi emitida a minha CAT (Comunicação de Acidente do trabalho), a primeira de Minas Gerais, porque o sindicato garantiu no Acordo Coletivo daquele ano a emissão desse documento pela empresa...

Mesmo afastada, depois de duas cirurgias, várias sessões de fisioterapia, a dor atacava. E o pior é que progressivamente perdi as forças nos braços. A mão começava a falhar, o banco não pagava mais os cheques que eu assinava, daí não conseguia mais segurar um saquinho de leite. Pentear os cabelos era um problema. Eu sempre gostei de bordar, já não era mais possível, o dia em que eu insistia a dor era certa. Entrei em pânico quando a palma da mão começou a afundar. No ambulatório de Doenças Profissionais que procurei em outubro de 1987, me explicaram que era devido à compressão do nervo Mediano, que a eletroneuromiografia confirmou. Deus me livre daquele exame!

Na comissão de saúde do sindicato conversava com outras pessoas que tinham o mesmo problema, aí comecei a orientá-las, para não terem que passar por tudo que passei, a situação era melhor porque o reconhecimento da doença era mais fácil e os médicos estavam mais preparados tanto para o diagnóstico quanto para o tratamento.

Nisso o ambulatório de Doenças profissionais da UFMG contribuiu muito, ao fazer, por pedido nosso, uma rotina de tratamento para os casos. Tinha médico que engessava o braço, outro mandava para cirurgia, outro infiltrava com corticóide. Ninguém agüentava mais ser cobaia!!!

Mas o que eu queria mesmo era voltar a trabalhar, o trabalho no sindicato era bom, eu sentia que estava ajudando as pessoas. Mas eu me sentia humilhada em receber aquela miséria no INPS. No CRP

(Centro de Reabilitação Profissional) tentei várias vezes aprender outra profissão, mas era difícil, pois a atrofia das mãos já era avançada.

A empresa se recusava a me aceitar de volta. Quando aceitou, em 1988, me mandou para a Divisão de Montagem de Cheques. Aí piorou a dor, voltou o inchaço, porque eu tinha que colocar os blocos de papéis na talonadora para serem cortados, a função exigia esforço repetitivo...

A tristeza maior é não poder fazer as coisas em casa, as minhas irmãs dizem que é manha. Eu me esforço, lavo minhas roupas, e já tomo os analgésicos, pois a dor aumenta... Eu me sinto aleijada. Não agüento olhar para as minhas mãos e ver os meus dedos tortos, as palmas das mãos afundadas. Depois de tentar por três vezes o retorno ao trabalho e o CRP não conseguir me arrumar nenhum treinamento que não agravasse meu quadro, fui aposentada em 1989. Aposentada aos 29 anos... por invalidez (Assunção & Rocha, 1993: 461-64).

Esse longo depoimento sobre a experiência da enfermidade, que só indiretamente faz parte dos objetivos dessa pesquisa, buscou antes de mais nada dar ao leitor não familiarizado com o tema uma idéia geral sobre os modos em que essa enfermidade é vivida pelo doente.<sup>1</sup> A experiência da doença envolve tanto aspectos médicos, que a paciente expressa muito bem através da narrativa dos elementos clínicos, terapêuticos, cirúrgicos e de reabilitação profissional que compõem o seu caso, quanto envolve aspectos sociais, pois também fazem parte da tessitura da narrativa elementos como direitos cíveis e trabalhistas, previdência social, organização de trabalhadores, sindicatos, mídia, greves etc. Assim, o valor do testemunho, ao meu ver, é revelar uma história de adoecimento enredada em um tipo específico de relações sociais que circundam o trabalho e a vida do doente com um diagnóstico de LER/DORT.

Nesse sentido, uma das perspectivas inovadoras que tentam entender como certos fatores sociais estão envolvidos no surgimento das doenças ocupacionais é a obra de

---

<sup>1</sup> Sobre este tópico, ver, p.ex., RABELO, M. C.; ALVES, P. C.; SOUZA, I. Experiência da doença e narrativa. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1999.

Allard E. Dembe (1996) intitulada *Occupation and Disease: How social factors affect the conception of work related disorders*. Dembe analisa dezenas de epidemias de doenças ocupacionais – LER/DORT, dor lombar e surdez ocupacional – ocorridas na história da industrialização dos EUA com o objetivo de ir além de "estabelecer uma causalidade científica entre fatores de exposição ocupacional e os agravos à saúde" (ib.:2).

A questão que ele se impõe é mais ampla, seu interesse é saber "como certos distúrbios vêm a ser considerados ocupacionalmente relacionados", considerando principalmente as relações entre esses fatores ditos sociais e a instituição médica da doença (ib.: 2). Para esse autor, o fenômeno do adoecimento pelo trabalho envolve, antes de tudo, várias perspectivas que ele distribui como "médica clássica", "epidemiológica", "econômica", "marxista", "sociológica", "do trabalhador" etc. (ib.:7).

Assim, sob uma perspectiva médica clássica, a doença é o efeito da ação de um agente patogênico existente no trabalho sobre um trabalhador e que depende tanto de características da pessoa quanto do ambiente de trabalho. Nesses termos, uma nova doença ocupacional poderia ser explicada como o "resultado da introdução de novos agentes patogênicos nos locais de trabalho, por uma susceptibilidade maior de trabalhadores, por mudanças nas condições ambientais ou por uma atenção maior do médico para a relação entre um agente e a ocorrência da doença" (ib.:7). Uma perspectiva econômica percebe a doença ocupacional como o subproduto de técnicas utilizadas para produzir bens e serviços e uma nova doença ocupacional envolve "uma análise das decisões políticas e econômicas que afetam aquela escolha tecnológica, as práticas de trabalho e as características do mercado" (ib.:7). Para uma perspectiva marxista, a doença ocupacional é a expressão de uma dominação capitalista sobre os meios de produção e a classe trabalhadora, que impõe a esta suas condições e seus métodos de trabalho voltados muito mais para os lucros do que para proteger a saúde dos trabalhadores (ib.:7).

A questão que Dembe propõe analisar é como "problemas de saúde em geral tornam-se reconhecidos enquanto ocupacionalmente relacionados" (ib.:5) e seu argumento desenvolve-se com o exame do tema da causalidade nas doenças ocupacionais; das relações médicas que são estabelecidas entre a ocupação e a doença, com o objetivo de mostrar como o médico e o doente "estão envolvidos em um contexto político e social" e como "esse contexto modula e influencia o modo pelo qual a questão da causalidade é formulada" (ib.:3). Para isto, Dembe estuda certos fatores coadjuvantes para a emergência e o reconhecimento inicial de distúrbios ocupacionais:

Esses fatores sociais ajudam a configurar esse processo, pelo menos em três modos: na seleção pelos empregadores e trabalhadores de equipamentos ou métodos particulares de trabalho que potencialmente engendrem doenças, na decisão dos trabalhadores de procurar tratamento médico por algum incômodo, e na convicção dos clínicos de que há uma ligação causal entre um certo distúrbio e um ambiente de trabalho (ib.:5).

Para Dembe, um dos elementos centrais no reconhecimento inicial de uma enfermidade como uma "desordem" ou uma "doença ocupacional" é o grau de envolvimento que os médicos possuem com a etiologia ocupacional dessa doença:

Nesse sentido, a opinião do médico sobre a causa ocupacional determina freqüentemente responsabilidades legais e elegibilidade para recebimento de compensações financeiras. Os conflitos sobre causalidades ocupacionais nos tribunais são dirimidos pelas opiniões médicas, que agem como experts em ambos os lados da disputa... Enquanto um árbitro da etiologia ocupacional, o médico desempenha um papel central em nossa sociedade (ib.:5).

Essa função de árbitro é muito importante no contexto do surgimento das doenças ocupacionais, principalmente porque o ponto de vista dos atores envolvidos na situação é claramente interessado, ou seja, é previsível que empregadores não queiram que distúrbios de seus empregados sejam considerados como relacionados ao trabalho e espera-se que trabalhadores queiram que esses mesmos incômodos sejam julgados como ocupacionais (ib.:5-6).

É no meio dessa "incerteza e da necessidade de um julgamento informado pelas evidências disponíveis" que os médicos aparecem como "objetivos e neutros" (ib.: 6). Mas, examinando-se "o modo pelo qual os médicos começam a ver certas doenças

como ocupacionais" é possível observar que atrás desse *ethos* científico estão influências de certos fatores sociais que são determinantes nessas decisões médicas, afirma Dembe (ib.: 6).

Além da importância do reconhecimento médico para o surgimento de um novo distúrbio ocupacional, ressalta esse autor, também é fundamental para o reconhecimento do incômodo como ocupacional pela parte dos trabalhadores e dos empregadores, assim como outros grupos que podem ser afetados e que também devem ser considerados. Esses fatores não são independentes, por exemplo, o reconhecimento de um incômodo como ocupacional em trabalhadores pode estimular uma procura maior por consultas médicas e essa demanda, por sua vez, pode tornar o médico cada vez mais convencido de uma etiologia ocupacional da enfermidade (ib.:6), ou seja, ela age como uma "confirmação epistemológica" da suspeita clínica. Além disso, eles podem mobilizar lideranças de organizações de trabalhadores que fazem ressoar respostas em sindicatos e na mídia.

Dembe define seu método como histórico, caracterizando-o como um "estudo em história social da doença ocupacional" cuja meta é entender o desenvolvimento desses fatores "no contexto de forças sociais e políticas que existem no tempo do evento em questão". "Abordar tal objeto, numa perspectiva histórica", continua ele, "significa um ganho pela avaliação compreensiva da multiplicidade de fatores sociais que afetam o reconhecimento inicial e a sua concepção como um distúrbio ocupacional" (ib.:6).

Especificando mais o seu objeto, Dembe afirma que nas últimas décadas firma-se cada vez mais a certeza de que forças sociais conformam o reconhecimento de uma determinada doença pela comunidade médica. Após os estudos de Michel Foucault, Georges Rosen e Charles Rosenberg etc., ninguém mais ignora que o conceito de doença não só é socialmente determinado, mas "estruturado por normas culturais e



por mudanças de convenção da uma linguagem explanatória" (ib.:3). Em outras palavras, tornou-se assim evidente que tanto o diagnóstico quanto o tratamento de males pelos profissionais de saúde são afetados por uma série de fatores sociais, que incluem desde a etnia e o gênero da ou do paciente, os incentivos financeiros, as considerações políticas e a influência dos meios de comunicação (ib.:3). Prossegue Dembe:

Esses estudos também sugerem que o julgamento médico não é uma mera dedução impessoal e baseada em fatos empíricos imutáveis, que se apresentam de modo independente das considerações sociais. Eles implicam uma visão da epistemologia médica mais complexa, em que os conceitos médicos e as descobertas dependem, em parte, de circunstâncias sociais que afetam os médicos e a comunidade em que eles atuam (ib.:3).

Essas premissas teóricas vêm de uma tradição que enfatiza tanto o conhecimento científico quanto o comportamento dos cientistas, que se apresenta no pensamento de Gaston Bachelard, Thomas Kuhn e, no caso específico da medicina, do filósofo e médico Ludwig Fleck ([1935] 1981), autor de referência para Dembe:

Fleck defende que fatos médicos, ou fatos científicos, são produtos de modelos prévios ou "padrões de pensamento" que, aos poucos, tornam-se amplamente adotados por uma comunidade de pesquisadores. Fatos científicos, conforme Fleck, não têm uma verdade objetiva e independente das normas, linguagem e convenções compartilhadas pelos investigadores do assunto. A concepção médica de uma nova doença, em sua perspectiva, é para ser entendida como forças psicológicas, institucionais e sociais que impelem médicos a adotarem uma terminologia particular e uma orientação conceitual (ib.:3).

Em sua obra *Genesis and development of scientific fact*, Fleck ilustra sua tese com a história da sífilis, as variações de concepção dessa doença pela medicina desde os tempos antigos até a era do aparecimento da reação de Wassermann, em 1906 (um teste sorológico que detecta diretamente a infecção pelo *treponema pallidum*). A introdução desse exame laboratorial forneceu aos médicos um novo modo de caracterizar e delimitar a sífilis; a doença foi individualizada por uma forma e uma identidade própria perante as outras moléstias venéreas, ao tempo em que se

dissipam certas considerações sobre o caráter moral da vida do doente ou da astrologia da época de seu nascimento na constituição da enfermidade (ib.: 3-4). Essa transformação do sentido médico da sífilis foi proporcionada por um processo cultural que depende de mudanças na perspectiva social e da aceitação gradativa dos novos "padrões de pensamento" dentro da própria comunidade médica (ib.:4).

Como Fleck, Thomas Kuhn, anos depois, também questionou certos aspectos do desenvolvimento e da aceitação de teorias e conceitos científicos. As descobertas científicas não acontecem através de uma acumulação gradual de conhecimento teórico e empírico, mas "através de episódios discretos que envolvem mudanças de paradigma, entendido como uma constelação de linguagens, perspectivas e modos de interpretação compartilhados por uma comunidade de pesquisadores" (ib.: 4). Nesse sentido, uma mudança de paradigma envolve uma conversão das crenças e de valores mais profundos de uma comunidade científica. A própria "visão de mundo" dos cientistas muda e com isso "determina como avanços específicos, tecnológico e empírico são percebidos e interpretados" (ib.: 4).

Um segundo aspecto da teoria de Kuhn é que o próprio termo utilizado para expressar o fenômeno científico é também "um produto fluido e dinâmico do paradigma e das convenções culturais de uma comunidade de pesquisadores" (ib.:4). Desse modo, um termo do vocabulário de um fenômeno pode mudar drasticamente com uma mudança de paradigma. Assim, diz ele:

[...] um "conceito" científico, uma "verdade" ou um "fato" não têm uma realidade estática que persiste de modo independente do paradigma de uma comunidade particular. Qualquer conceito ou descoberta científica é sempre uma "construção social" e desse modo está susceptível a reformulações e a descrições lingüísticas (ib.:4).

Retornando a Dembe, ele afirma que algumas abordagens sociológicas já evidenciam certos eventos históricos que sempre circundam a emergência ou surgimento de

várias doenças ocupacionais. Esses estudos mostram que "políticas específicas e fatores sociais têm um papel importante na fase inicial da determinação médica da relação distúrbio e trabalho" (ib.: 4). Enfim, esse tipo de análise social da relação entre um distúrbio da saúde e o trabalho tem mostrado temas relacionados como o tipo de controle industrial que a empresa exerce sobre as pesquisas em saúde ocupacional, a influência da mídia, as preocupações e as ações públicas com os riscos ambientais e ameaças à comunidade como estímulos para ação em problemas nos locais de trabalho. Além disso, estão presentes os interesses econômicos de indivíduos e instituições, lutas de classe e conflitos subjacentes nas relações trabalhistas, a ideologia e a mentalidade dos profissionais de saúde, as reações à introdução de novas tecnologias, os valores sociais que estão relacionados à noção de classe, a etnia e as características pessoais dos trabalhadores, vantagens econômicas e legais pertinentes à indenização das vítimas (ib.:4-5).

No caso da presente exposição, em sua primeira parte, o tema do surgimento da LER/DORT no Brasil será descrito utilizando-se, basicamente, desses mesmos elementos ou fatores sociais que foram propostos por Dembe.

## CAPÍTULO 1

### A LER/DORT como um problema de saúde pública nos Estados Unidos

#### 1. Uma breve revisão histórica

Esta abordagem, como já foi dito, pauta-se sobre um autor, Allard Dembe (1996), que fornece uma visão da história da construção social da LER/DORT<sup>2</sup> a partir de um enfoque em tudo compatível com a perspectiva teórica adotada neste estudo. A opção pelo registro detalhado de sua argumentação, neste capítulo, justifica-se na medida em que sua interpretação é exemplar e única, mostrando-nos com clareza e detalhamento a possibilidade da historicização de uma positividade do conhecimento médico referente às doenças ocupacionais.

Dembe observa que nos Estados Unidos e na maioria dos países industrializados os trabalhadores queixam-se cada vez mais de "problemas" ou dores nas mãos e nos punhos. Jornalistas que permanecem várias horas digitando num computador queixam-se de dores nas mãos, açougueiros reclamam de dores no punho após cortarem muita carne, ou donas-de-casa que acordam no meio da noite queixando-se de dormência e formigamento nos punhos e nas mãos, após um dia exaustivo envolvidas numa faxina doméstica. Todos os dias, milhares de trabalhadores procuram seus médicos para saberem se tais incômodos são sintomas de alguma doença, se são provocados pelo trabalho, ou seja, se eles são portadores de *cumulative trauma disorders* – CTD (ib.:24)

---

<sup>2</sup> Conforme se verá no desenvolvimento deste texto, a denominação adotada para essa doença nos EUA varia, mas recai preferencialmente sobre o termo CTD (*Cumulative Trauma Disorders*).

CTD é um dos principais problemas de saúde ocupacional nos Estados Unidos; sua incidência cresceu mais de dez vezes no período entre 1983 a 1993. A doença responde por mais de 60% de todas as enfermidades ocupacionais registradas no país, envolve custos financeiros enormes na assistência aos doentes, no salário durante o período de afastamento do trabalho, na reabilitação do empregado, em cirurgias etc. (ib.:24-5). Do ponto de vista médico, embora haja discordâncias, as principais síndromes que constituem a CTD hoje nos EUA são: a "síndrome do túnel do carpo" (a mais conhecida e divulgada), as tendinites e as tenossinovites, o dedo em gatilho, a doença de De Quervain e a síndrome da vibração ou fenômeno de Raynaud. Essas mesmas enfermidades podem ser conhecidas por outros nomes, que ressaltam o ponto de vista profissional, como a "torção das lavadeiras", os "punhos de tosquiador", o "polegar de pipeteiro" e o "cotovelo de tenista" (ib.:25).

Algumas dessas síndromes, entretanto, podem decorrer de causas não ocupacionais, como gravidez, diabetes, deficiências funcionais de tireóide e paratireóide, traumas agudos e defeitos congênitos, que também podem provocar sintomas semelhantes aos da CTD (ib.:25).

Outra característica das CTD é que acometem populações específicas de trabalhadores. Por exemplo, a "síndrome do túnel do carpo" atinge 15% dos empacotadores e em menor grau atinge certas ocupações como caixas de supermercados, operadores de terminais, digitadores, criadores de galinhas, trabalhadores em linhas de montagem e de vestuários etc, são alguns exemplos de populações profissionais que apresentam taxas da doença superiores à população geral. Essas evidências permitem a certos investigadores suporem uma prevalência de CTD maior do que a indicada pelas estatísticas de consultas e de benefícios previdenciários. Independente da verdade dessa prevalência, afirma Dembe:

Entre as comunidades americanas de negócios, acadêmicas e médicas, a percepção é que há um surto epidêmico sem precedentes

de novos casos CTD. Os jornais têm retratado o problema como uma crise nacional. Políticos e autoridades sanitárias têm se referido à CTD como "o risco ocupacional número um dos anos 1990". Uma manchete recente de jornal declarava a CTD como "a enfermidade da década" ou como "o monstro da atividade repetitiva" (ib.:25-6).

O grande aumento de reclamações por compensações trabalhistas, associado a uma grande atenção da mídia na divulgação da CTD têm deixado atônitos os empresários e os médicos. Numerosos questionamentos têm sido levantados sobre o aumento da ocorrência de CTD ou mesmo se, na verdade, estaria realmente havendo a ocorrência de uma nova doença (ib.:26).

Explicações do tipo taxas de produção elevadas para os trabalhadores, preponderância do setor de serviços, mudanças tecnológicas nos empregos, uso sistêmico de computadores etc. são oferecidas para o fenômeno. Alguns questionam se a doença é real, seja de um ponto de vista físico ou psicológico, ou se é uma simulação criada pelo trabalhador. Outros denominam o fenômeno como uma "doença iatrogênica", criada pelos médicos ao darem uma falsa impressão de doença a seus pacientes. Outros, ainda, afirmam que a doença sempre existiu mas, apenas ultimamente, em decorrência de uma atenção e um conhecimento médicos maiores, de exames mais sofisticados, de uma atenção maior dos trabalhadores a sua saúde e da extensão de compensações trabalhistas, tem sido muito mais diagnosticada (ib.:26).

### **1.1. Uma história das CTD**

A proposta de Dembe é, no melhor estilo de Ludwig Fleck, estudar o desenvolvimento do conceito e "examinar a história das alterações ocupacionais de mãos e punhos". Em suas palavras:

O termo "desordem por trauma cumulativo" foi usado pela primeira vez em 1970. Mais o conceito mesmo tem sido usado há bem mais de

um século. Há numerosos episódios históricos que nos mostram como os médicos tentam entender essas desordens usando modelos teóricos e terminologias diferentes. De algum modo, as mudanças da concepção médica sobre alterações ocupacionais das mãos ocorreram devido a mudanças tecnológicas, mudanças na organização do trabalho e na composição da força de trabalho, além das pesquisas médicas e epidemiológicas. Mas, subjacentes a essas transformações do pensamento médico, estão profundas influências sociais envolvendo organização do trabalho, ações políticas e perspectivas profundamente sedimentadas de classe, gênero e etnia dos trabalhadores afetados (Dembe, 1996:26).

Desde a antiguidade, sabe-se que o trabalho manual prolongado prejudica as mãos e os braços. O *papiro de Sellier* registra que os braços dos pedreiros "desgastavam-se com o trabalho" e em *Epidemia* Hipócrates afirma que um trabalhador desenvolveu paralisia após realizar constantemente movimentos serpentiformes e giratórios prolongados das mãos. Ballonius descreve reumatismos e degenerações de mãos e punhos em 1591 (Dembe, ib.: 26-7).

O médico italiano Bernardino Ramazzini, considerado o pai da medicina do trabalho e responsável por acrescentar a pergunta sobre a profissão do paciente ao ritual do exame clínico, em seu clássico *As doenças dos trabalhadores* ([1700] 1999), fornece uma das primeiras tentativas de descrever e sistematizar essas alterações de mãos e punhos em certas atividades ocupacionais. Diz Ramazzini:

Conheci um homem, notário<sup>3</sup> de profissão, que ainda vive, o qual dedicou toda sua vida a escrever, lucrando bastante com isso; primeiro, começou a sentir grande lassidão em todo o braço e não pode melhorar com remédio algum e, finalmente, contraiu uma paralisia completa do braço direito. A fim de reparar o dano, tentou escrever com a mão esquerda; porém, ao cabo de algum tempo, esta também apresentou a mesma doença... Três são as causas das afecções dos escreventes: a primeira, vida sedentária contínua; a segunda, uso continuado do mesmo movimento da mão; e a terceira, atenção mental para não mancharem os livros e não prejudicarem

---

<sup>3</sup> Ramazzini designa notários aqueles que, "por meio de pequenas notas, se distinguiam pela arte de escrever com velocidade" (ib.:235).

seus empregadores na soma, restos ou outras operações aritméticas (Ramazzini, 1700, citado por Dembe, 1996:26).

Mas o aumento significativo da incidência de alterações dolorosas e crônicas de mãos e punhos relacionados ao trabalho começou mesmo no início século XIX com a industrialização européia, sendo então considerado pelos médicos como decorrente "da introdução de métodos de produção e tarefas mecanizadas que requeriam a repetição sistemática de movimentos manuais precisos e rápidos", particularmente evidentes em categorias profissionais como tecelões, costureiros, carpinteiros, metalúrgicos etc. Eles trabalhavam geralmente em suas próprias casas, sob condições muito pobres de conforto, acomodados sob as mais improvisadas formas, de modo que mantinham seus corpos sob posturas forçadas durante longas jornadas de trabalho, já que o pagamento decorria diretamente da produção aferida individualmente. Com a emergência das fábricas, os surtos de casos e o interesse dos médicos começaram a aparecer. Como exemplo, um texto fornecido pelo médico inglês Charles Thackrah:

Alguns grupos de músculos movem-se muito pouco durante 12 a 14 horas por dia, assim como sustentar posturas forçadas afeta a ação interna dos órgãos. Infelizmente os costureiros estão situados nessa categoria. Sentados o dia todo em atmosferas confinadas, geralmente em salas repletas, com as pernas cruzadas e a coluna arqueada, eles não podem ter respiração, circulação e nem digestão eficientes... Às vezes ocorre redução da sensibilidade do dedo médio direito, assim como ocorre perda ou incapacidade funcional do nervo braquial direito... (Thackrah, 1832, citado por Dembe, 1996:28).

Embora não fosse possível explicar o mecanismo preciso da doença, os médicos já começavam a identificar cada alteração em uma região do corpo e a relacioná-la com seu engajamento num movimento repetitivo ou numa postura forçada pelo exercício da atividade<sup>4</sup>. Alguns médicos começam a descrever alterações músculo-esqueléticas específicas, com causas e lesões identificáveis, como o "trauma" (*beat*) dos mineiros,

---

<sup>4</sup> A percepção médica da época compreendia as doenças em um quadro clínico de duas dimensões: a espacialidade do corpo e o tempo das causas e dos incômodos, na tentativa de conformar uma história natural para essas doenças, conforme explica Foucault em "O Nascimento da Clínica".



descrito por Edwin Gurney em 1842, que se caracterizava por bursite aguda e celulite superficial e que podia acometer as mãos, os cotovelos e os joelhos (Dembe, 1996:28).

Nessa época, uma das doenças que se considerou como resultante de uma lesão traumática em uma localização anatômica específica foi a "tenossinovite", descrita inicialmente por Alfred Velpeau (1825), que a atribuiu a uma lesão da bainha do tendão, e a seguir por A. Notta (1850), em um ensaio denominado "*Achados sobre uma afecção particular de ramos tendinosos da mão, caracterizado pelo desenvolvimento de uma nodosidade sobre o trajeto dos músculos flexores dos dedos e pelo bloqueio de seus movimentos*" (Notta, 1850, citado por Dembe, 1996:275). Este longo título revela uma das primeiras tentativas de apreender sinteticamente essa doença através de sua localização e comprometimento funcional do movimento.

### **1.1.1 O crescimento das profissões de escritório e a câibra dos escrivãos**

A fábrica separada da casa trouxe também novas modalidades de emprego, como o trabalho em escritórios administrativos das novas profissões que ganham a vida com o bico de pena, como copiadores, escriturários, guarda-livros etc. O mercado carece de pessoas educadas e com um potencial para executar apenas tarefas simples, como contar, organizar e administrar. Em meados do século XIX, metade da classe média residente em Londres ganhava a vida com o bico de pena, raramente escrevendo seus próprios pensamentos, mas principalmente avaliando os lucros e as perdas comerciais do dinheiro dos outros, ironiza o médico inglês Samuel Solly (1867, citado por Dembe, 1996:29). O trabalho nos escritórios, freqüentemente monótono, repetitivo e sob tensão, é descrito do seguinte modo por Thackrah (1832):

Funcionários de escritórios, guarda-livros, contadores etc., sofrem em uma atmosfera confinada e sob uma posição fixa, freqüentemente por longos dias. Como acontece nas grandes fábricas, eles são mantidos em uma carteira, exceto por um intervalo de duas horas e meia para a refeição, desde as seis e meia da manhã até as nove horas da noite...

Seus músculos ficam estressados pela manutenção do corpo na mesma postura e eles freqüentemente queixam-se de dores de um dos lados do peito (Thackrah, 1832:175, citado por Dembe, 1996:29).

A partir de 1830, com a publicação de *O sistema nervoso do corpo humano* de Sir Charles Bell, uma seqüência de dez artigos médicos começou a documentar os sintomas e o sofrimento dos trabalhadores de escritório: dores, paralisias, espasmos musculares de mãos e punhos que aparecem gradualmente e que se intensificam com a realização de movimentos repetitivos. O trabalho com a pena, daqueles que realizam escritos contábeis ou industriais, quando relacionado a esses sintomas dolorosos e à incapacidade de movimentar a mão, tornou-se conhecida como "cãibra dos anotadores" ou "paralisia dos escribas" (Dembe, 1996:29).

Um caso típico de "cãibra do escrivão" iniciava-se com uma "dor tipo fadiga nos dedos usados para escrever", que se acompanhava de uma rigidez gradual e cada vez mais dolorosa com o desenrolar do tempo profissional. Com a continuidade do trabalho repetitivo ao longo dos anos, as dores tornam-se insustentáveis e os movimentos são comprometidos, principalmente a apreensão da pena com os dedos, tornando a escrita quase impossível. Além das dores, os doentes reclamavam de sensações de picada e formigamento nos dedos ou na mão comprometida, que podia evoluir para anestesia, paralisia ou contrações espasmódicas de dedos ou mãos (ib.:30).

Durante a segunda metade do século XIX, o número de casos da doença cresceu. A maioria afetada era de homens, de modo coerente com a presença de população masculina, largamente dominante no trabalho de escritório (ib.:31). Entre as explicações aventadas pelos pesquisadores da época para este fenômeno, estava o crescimento acentuado da população da classe dos escrivãos profissionais e de trabalhadores de escritório em fábricas e serviços (bancos, seguradoras etc), os quais eram submetidos "às mesmas condições de trabalho e às mesmas pressões impostas

aos trabalhadores das fábricas". O tempo e o ritmo desses primeiros trabalhadores de escritórios e serviços transformaram a tarefa de escrever em algo prolongado, disciplinado e monótono (ib.:32).

Havia muita especulação a respeito dos efeitos nocivos do ato de escrever. Por exemplo, especialistas achavam que a preensão da pena entre os dedos, mantê-la sob a contração do mesmo grupo muscular por períodos longos de tempo, era mais danoso ao músculo do que o movimento repetido de fazê-la deslizar pelo papel. Conforme pode-se observar através da explicação do médico Georg Vivian Poore (1873), a medicina tentava, então, estabelecer uma "patologia" para a enfermidade com base em modelos puramente mecânicos:

Durante horas de trabalho, os músculos que efetuam a preensão da pena não recebem nenhum intervalo de repouso. Durante todos os vários atos que compõem o escrever, eles mantêm-se em estado de contração; para a pena, os movimentos horizontais da escrita ou o enchimento no tinteiro não podem efetivar-se sem a preensão dos dedos e do polegar. É reconhecido que se estimularmos um músculo, com frequência ou com demasiada força durante um período longo de tempo, exaurimos sua irritabilidade, e os músculos da preensão da pena certamente estão submetidos a uma contração prolongada, freqüentemente com força desmedida e desnecessária (Poore, 1873, citada por Dembe, 1996:276).

Desse modo, o exercício incessante de músculos e nervos poderia resultar em uma "fadiga crônica localizada" e uma "fraqueza irritável". Outro fator importante era a velocidade e o tempo de escrita exigidos à nova classe dos escriturários. Poore afirma que aqueles que "corriam contra o tempo" eram os que mais adoeciam. Outros pesquisadores relacionam a emergência da cãibra dos escrivãos à introdução da pena de aço, em 1820. A ponta da pena de aço, mais dura e áspera, não tinha a suavidade da pena de ganso e exigia mais força para escrever, além de não oferecer a pausa para repouso propiciada pelo enchimento da pena no tinteiro (Dembe, 1996:33).

Desde o início da disseminação dessas alterações, por volta de 1800, os médicos buscaram desenvolver uma nomenclatura adequada para essa condição mórbida:

Suas dificuldades residiam na falta de uma localização anatômica identificável subjacente e na proliferação e multiplicidade dos sintomas que poderiam acometer os sofredores. Havia a convicção de que nem o uso do termo cãibra, no caso da cãibra dos escrivãos, e nem a paralisia, no caso da paralisia dos escribas, eram inteiramente satisfatórios (ib.:33).

Em 1873, com a autoridade de quem acompanhou mais de quarenta casos dessa enfermidade, Poore afirmava que:

Todos aqueles que conhecem essa doença sabem que embora a palavra cãibra seja aplicada ao caso, cãibras e espasmos musculares com freqüência não são evidentes, mesmo sob o exame mais cuidadoso; e que, embora a palavra paralisia fosse usada, atualmente a paralisia de um nervo, um músculo ou um grupo de músculos só é encontrada em complicações esporádicas e, quando está presente, geralmente nos faz classificar o caso numa categoria diferente do espasmo funcional (Poore, 1873:345, citada por Dembe, 1996:276).

Do mesmo modo, James Lloyd (1895, citado por Dembe, 1996: 276) afirma que "infelizmente, a cãibra dos escrivãos tem vários nomes, mas nenhum desses mais conhecidos a designa de um modo adequado". Nesta mesma direção, Gallard afirma que:

[...] a ação espasmódica dos músculos não é uma verdadeira cãibra, pois não é uma ação dolorosa. Caso denominemos a afecção como paralisia dos escrivãos, teremos que enfrentar a objeção de que a paralisia só está presente em uma pequena proporção dos casos. Outros termos, como disgrafia, grafoespasmos e mogigrafia, soam pedantes e não são termos familiares (Gallard, 1877, citado por Dembe, 1996:276).

Os médicos estavam "perplexos com a multiplicidade de sintomas imprevisíveis que acometiam os novos trabalhadores" e consideravam que essas novas doenças eram diferentes das doenças infecciosas ou das lesões agudas que progredem de uma determinada causa para um efeito específico. Alguns começam a categorizar as

cãibras, como o neurologista Moritz Benedick, que em 1868 classificou-as em tremulares, espasmódicas e parálíticas, conforme a predominância do sintoma. Essa classificação difundiu-se no final do século XIX, mas não se sabia ao certo se eram sintomas diferentes de uma mesma doença ou se eram enfermidades diferentes (ib.:34).

Embora os escriturários fossem a categoria profissional mais afetada pelas câibras, certos trabalhadores de outras categorias também apresentavam sintomas semelhantes. Após a segunda metade do século XIX, verificava-se um número crescente de registros, principalmente entre categorias profissionais de costureiras, sapateiros, músicos e leiteiros (ib.: 34).

Até essa época, era costume médico nomear os casos de doença ocupacional conforme o tipo de atividade profissional exercida pelo paciente, nos mesmos moldes que Ramazzini e Thackrah, para quem a doença ocupacional deve ser concebida como particular a uma categoria profissional, a qual deve ser vista como "um agente etiológico fundamental". Entre 1830 até 1980, ressalta Dembe,

[...] os jornais médicos publicaram mais de quarenta estudos de caso de enfermidades relacionadas ao trabalho com nomes como paralisia de marceneiros, câibras de leiteiros, câibras de compositores, câibras de leiloeiros, câibras de pianistas, câibras de violinistas, espasmos das costureiras e câibras dos alfaiates (Dembe, 1996:35).

Em síntese, desde o começo havia uma concepção de que os sintomas apresentados pelos trabalhadores manuais (escrivãos e outros profissionais) eram muito semelhantes, ou seja, "caracterizavam-se por dores, rigidez e sensibilidade exacerbada, acompanhados de anestesia, paralisia ou espasmo de nervos de dedos ou mãos". A marca definitiva, comum a todos os enfermos, era a incapacidade para realizar as atividades manuais de sua função no emprego e "a característica distintiva primária" era "a vocação na qual o trabalho realizava-se" (ib.:35).

Mas não estava claro, para os médicos da época, se estavam lidando com uma ou mais doenças, embora tendessem a pensar que "a grande variedade de profissões e a multiplicidade de sintomas sugerem uma multidão de enfermidades diferentes". Mas a semelhança dos sintomas, tanto na natureza progressiva quanto na origem comum em atividades manuais repetitivas e prolongadas, "atestavam" uma enfermidade particular. Em virtude desses sintomas serem observados e estudados principalmente em escriturários, começou-se o termo *cãibras dos escrivãos* ou *paralisia dos escribas*, como uma expressão genérica para designar essas incapacidades em mãos e punhos, não só nesses trabalhadores, mas também em outras categorias profissionais (ib.:35).

### 1.1.2 A câibra dos telegrafistas e a câibra dos cordeiros

A emergência do telégrafo no final do século XIX fez surgir uma nova categoria profissional, os telegrafistas, na Europa e nos EUA. "Em 1907 havia aproximadamente 16.000 telégrafos na Grã-Bretanha, com um número semelhante de empregados na França e na Alemanha" e esse "número de telegrafistas cresceu regularmente até a primeira guerra mundial..." (ib.:36). O telégrafo comercial trouxe também uma nova doença, a câibra dos telegrafistas. O primeiro relato deste tipo de caso foi feito pelo médico M. Onimus, em 1875, num congresso da Sociedade de Biologia de Paris. Ele apresentou dois casos de câibra e afirmou que a afecção era comum entre os profissionais que operavam o telégrafo Morse. Uma pequena resenha desse relato é publicado em inglês pelo *British Medical Journal* nesse mesmo ano, mas obtém como resposta um editorial sarcástico do número seguinte da *Lancet* (24 de abril de 1875), perguntando "ao médico francês" onde estavam os demais casos que não foram relatados. (ib.:36).

Contrariando a reação do editorial da *Lancet*, sete anos depois, Edward Robinson (1882), um cirurgião de Leeds, fez um relato de quatro casos de câibras em telegrafistas do correio local. Um deles é transcrito por Dembe:

Miss C, 28 anos de idade, foi telegrafista durante oito anos e era considerada uma das mais eficientes. Subitamente, foi acometida por formigamento e fraqueza no antebraço e punho direitos (do lado ulnar), forçando-a a renunciar ao trabalho. Ao exame, não pude observar nada errado com seu braço, mas ela pareceu-me abatida... Sob tratamento [repouso e dieta] teve melhora lenta, o formigamento desapareceu e ela reassumiu suas funções, como eu bem havia previsto. Entretanto, ao retornar ao trabalho, não conseguiu retomar suas tarefas tão bem quanto antes; as mãos e os punhos cansavam-se logo, suas mensagens eram emitidas de um modo irregular, aos solavancos, muitas vezes não eram inteligíveis (Robinson, 1882, citado por Dembe,1996:37).

Dois anos depois, o médico Thomas Fulton (1884), que tinha sido telegrafista durante a época de estudante, publicou um ensaio no qual afirmava que a doença era mais comum do que se supunha. Dez anos depois, Charles Dana (1894) estimava que 0,5% dos telegrafistas estavam afetados pela enfermidade (Dembe,1996:37).

A partir das especulações de Onimus, segundo as quais o risco de adquirir a câibra estava associado ao tipo de tecla do telégrafo Morse, vários autores publicaram trabalhos nessa mesma linha. Dembe refuta, porém, seus argumentos e prefere acreditar muito mais no aumento da proporção desse tipo de telégrafo entre os demais (ib.:38). Para esclarecer essa questão, Dembe explica o funcionamento do telégrafo Morse em relação aos movimentos necessários para operá-lo:

Normalmente, o telegrafista segura a tecla de leve com o polegar, o indicador e o dedo médio. Ele usa o cotovelo como descanso, mantém o antebraço apoiado sobre a mesa e movimenta-se realizando a flexão e a extensão do punho. Esse movimento é acompanhado por uma contração constante e variável do polegar contra os dois primeiros dedos. Não era incomum esses telegrafistas trabalharem durante oito a quatorze horas por cada jornada (ib.:38).

Fulton (1884) estimou que um telegrafista típico realizava cerca de 30 a 40 mil desses movimentos por hora de trabalho (Dembe,1996:38)<sup>5</sup>. Do mesmo modo que ocorreu com a câibra dos escrivãos, máquinas de datilografia específicas para telegrafistas eram inventadas e propagadas como "preventivas da câibra dos telegrafistas". Os fabricantes dessas máquinas, como a empresa Oliver citada por Dembe, encorajavam essa crença, como ilustra sua propaganda no jornal do sindicato dos telegrafistas, *The Railroad Telegrapher*, o qual afirmava, em 1906, que um telegrafista usando uma máquina de datilografia para telégrafos, "nunca terá 'prostração nervosa', não importa quão rápida sejam as pausas" de descanso durante a jornada (ib.:39). Independente dessa justificativa, propagandas como esta serviam para alertar a categoria dos telegrafistas do correio para "o risco potencial de seu trabalho, inclusive o risco de alterações nervosas resultantes de atividades manuais" (ib.:9).

Em 1911, a câibra dos telegrafistas atingiu proporções epidêmicas na Grã-Bretanha, enquanto nos EUA, o estudo de um comitê específico do Correio Geral formado para investigar o problema examinou 8.153 telegrafistas e mostrou que 64% deles "experimentavam alguma dificuldade ao teclar". Cerca de 9% tiveram diagnóstico clínico de câibra de telegrafista, 76% eram do sexo masculino e o tempo médio de emprego até o desenvolvimento da câibra era de 16 anos (ib.:39).

Além das posturas e do movimento das mãos, os pesquisadores começaram a identificar na organização do trabalho outros fatores causais da doença, como a ausência de rodízio para as operações de emissão e recepção de mensagens (considerado como um período de descanso na jornada) entre os telegrafistas, o congestionamento de linhas telegráficas ocasionando sobrecarga no trabalho, o

---

<sup>5</sup> O mouse do computador atual apresenta, de modo semelhante, esses mesmos movimentos que os pesquisadores de hoje também relacionam como um fator de risco potencial para CTD (Dembe,1996:39).



treinamento e a supervisão insuficientes, a não adaptação às atividades, a ansiedade e a tensão nervosa (ib.:39-40).

Assim, no início do século XX, a cãibra dos telegrafistas tornou-se a primeira enfermidade crônica causada por risco físico e indenizável conforme as leis de indenização ao trabalhador. Até 1897, na Grã-Bretanha, os trabalhadores doentes deveriam recorrer contra perdas e danos à justiça civil comum ou, caso o acidente envolvesse má fé do empregador, à justiça penal. O Ato de Indenização dos Trabalhadores (*Workmen's Compensation Act*), de 1897, entretanto, introduziu a indenização automática para "todo caso de lesão do trabalhador" que ocorresse "no curso do emprego". Para obter essa compensação era necessário demonstrar que tinha acontecido um "acidente", entendido como um "evento imprevisível que ocorre em um local e um tempo específicos" (ib.:39-40). Em 1906, um novo Ato estendeu esses direitos a um número maior de ocupações e estabeleceu uma lista de seis "doenças ocupacionais" que deveriam ser consideradas "como se resultassem de um acidente, nos termos do Ato de 1897": uma intoxicação por vermes (a ancilostomose), uma infecção por antraz (a pústula maligna), e quatro intoxicações específicas (chumbo, fósforo, arsênico e mercúrio). Além disso, o Ato de 1906 "estabeleceu um processo de investigação" para avaliar se alguma doença deveria ser acrescentada à tabela, através de um requerimento ao Comitê de Doenças Industriais (ib.: 41).

Imediatamente após proclamado esse Ato, o Correio Geral Britânico questionou ao Comitê de Doenças Industriais se a cãibra dos telegrafistas deveria ser acrescentada à tabela das doenças ocupacionais. Foi em decorrência desse processo que o Comitê começou a investigar a prevalência da doença entre os telegrafistas ingleses. Finalmente, em dezembro de 1908, "baseado no testemunho de médicos especialistas do Correio, médicos independentes, de representação dos trabalhadores, o Comitê de Doenças Industriais acrescentou a cãibra dos telegrafistas na tabela do Ato de Indenização". A enfermidade foi definida como uma disfunção clinicamente

identificável em telegrafistas, em virtude de localizar-se nas mãos e resultar em erros freqüentes ao codificar as mensagens e seria incluída como indenizável desde quando fosse estritamente relacionada ao trabalho com o telégrafo Morse (ib.:41).

Alguns anos depois, entretanto, o mesmo Comitê negou o pedido para incluir a "cãibra dos cordoeiros" (a Contratura de Dupuytren) na relação das doenças ocupacionais para beneficiar os rendeiros, alegando que "havia provas suficientes de que os cordoeiros sofriam desse distúrbio, mas outros indivíduos, vivendo na mesma área geográfica e não sendo cordoeiros, também apresentavam a doença" (ib.:41). Em 1910, a Associação dos Cordoeiros de Nottingham denunciou ao Chefe da Inspeção das Fábricas a ocorrência da cãibra entre os cordoeiros. Ele, então, encarregou dois médicos inspetores, Edgar Collis e Robert Eatlock para realizarem uma investigação sobre o assunto. Eles examinaram 1360 trabalhadores e encontraram casos de cãibras em 10.2% do total examinado e concluíram que:

A prevalência da Contratura de Dupuytren entre os rendeiros é mais do que a habitual; (2) essa prevalência tem uma relação direta com a freqüência com que as alavancas e as rodas da máquina são manipuladas e com a força requerida para movimentar essas alavancas e rodas, além de seus tamanhos, formas e posições (Departmental Committee on Compensation for Industrial Disease, 1913:8, citado por Dembe, 1996:42).

Mas o Comitê Industrial preferiu confiar em outras evidências, como as apresentadas pelo Dr Keneth Black, um médico consultor contratado pelos empregadores, que examinou 131 casos de Contratura de Dupuytren notificados na área de Nottingham e observou que 63 casos eram de trabalhadores manuais, 68 casos de "outras pessoas", e ressaltou que, destes, 32 nem eram trabalhadores. Black foi além e examinou pessoalmente, a título de controle do estudo, 270 prisioneiros na prisão de Nottingham, encontrando uma prevalência de 21% da Contratura entre todos os presos. Além disso, o próprio Comitê investigou, através de seus médicos e de outros médicos dos hospitais locais, concluindo que não havia prevalência de cãibras

entre os trabalhadores cordoeiros. "Por essas razões, o Comitê recomendou que a câibra dos cordoeiros não deveria constar na relação como uma doença do trabalho indenizável" (ib.: 42).

Analisando as diferentes posições tomadas pelo Comitê, que aceitou indenizar a câibra dos telegrafistas e recusou incluir a câibra dos cordeiros na tabela das doenças ocupacionais, Dembe afirma que a primeira explicação seria o critério utilizado pelo Comitê para definir as duas alterações médicas. A câibra consistia num sinal muito próprio, a contratura do palmar, e a presença dessa mesma patologia em pessoas que não estavam relacionadas ao trabalho com cordoaria foi interpretado pelo Comitê como uma evidência de que a doença não se associava unicamente ao trabalho.

Para os telegrafistas, ao contrário, apesar da ausência de um sinal visível, uma "patologia de base" e da subjetividade dos sintomas, a doença foi definida como ocupacional a partir de uma característica primariamente comportamental, que consistia em errar os sinais do código Morse. Dembe conclui que "Definir desse modo a doença significa que os casos de câibras de telegrafistas sempre se reportam a uma única ocupação particular, nos moldes em que era requerido para indenização ocupacional pelo Ato de 1906" (ib.: 42).

Cabem aqui algumas considerações de natureza social sobre a diferença entre os casos dos telegrafistas e cordoeiros. Em 1913, os telegrafistas ingleses eram uma classe corporativa forte e bem organizada, com muita força política; era também uma categoria profissional valorizada, que ganhava relativamente bem e que se considerava "uma ocupação central para o crescimento econômico da nação". Possuía um sindicato forte, cujos representantes atuavam nas audiências, ajudando a defender o direito de seus associados. Por outro lado, em 1906 o partido trabalhista apoiou o partido liberal, que venceu as eleições neste ano, e grande parte dos eleitos prometia apoiar as demandas salariais e as reivindicações dos telegrafistas. Dito e

feito, o general Sydney Buxton, novo chefe dos correios nomeado pelos liberais, constituiu um comitê para investigar as condições de trabalho e implementar as melhorias que fossem recomendadas (ib.:43).

Em contraste, os cordoeiros não possuíam organização nacional e eram politicamente fracos. A associação de cordoeiros de Nottingham possuía cerca de 2000 membros, pobres e mal pagos, os quais ganhavam por peça produzida. Essas diferenças políticas, diz Dembe, talvez ajudem a explicar porque o Comitê aceitou e adotou prontamente "um arrazoado, aparentemente circular e impreciso, em que a câibra dos telegrafistas era definida como uma doença caracterizada pelos erros ao enviar mensagens de telégrafo", enquanto recusou-se a recompensar os portadores de uma enfermidade "que os inspetores governamentais descobriram afetar mais de 10% dos cordoeiros de Nottingham" (ib.:43).

### **1.1.3 Neurose Ocupacional e Neurastenia**

Até o final do século XIX, era de aceitação geral entre os médicos que a multiplicidade de afecções de extremidades superiores que acometiam escrivãos, telegrafistas e outros profissionais "era a variedade de uma mesma síndrome", que se relacionava com "o uso excessivo das mãos e dos punhos em trabalhos manuais intensificados". Tratava-se ainda, para os pesquisadores, de definir um nome que contemplasse toda a "família" de sintomas da enfermidade. Para designá-la, a literatura médica de então "sugeriu mais de vinte termos genéricos, incluindo impotência profissional, paralisia dos artesões, superfadiga, neurose de exaustão, discinesia profissional, ataxia profissional, copo-discinesia e coréia local". Dois termos foram centrais nessa descrição genérica: neurose ocupacional e câibra profissional (ib.:43).

O termo "neurose ocupacional" foi sugerido pela primeira vez por Sir William Richard Gowers (1888), a partir de uma adaptação do germânico e, desde então, foi o nome mais usado pelos médicos para designar as alterações de mãos e punhos provocados pelo trabalho. O termo era usado, não para indicar uma condição mental ou psicológica, como é hoje, "mas para significar que a doença era uma alteração neurológica de etiologia desconhecida". O livro-texto de neurologia mais importante do final do século definia neurose como "uma doença do nervo e sem uma lesão específica". Vem "de *neuro*, nervo, e *ose*, o sufixo que denota sua condição mórbida", conforme London Gray (1895, citado por Dembe, 1996:44).

Essa explicação era fruto do prestígio da neurologia no século XIX, sobretudo com os estudos de Charles Bell e Guillaume Duchenne, que propuseram um modelo de anatomia e de fisiologia do sistema nervoso para demonstrar o papel do estímulo elétrico na função neuromuscular, em contraposição às idéias de Galeno, ainda vigentes nessa época, de que espíritos ou fluidos inflavam os músculos através dos nervos. Além de descobrir que o estímulo nervoso incitava os músculos, descobriu-se também que "sob estímulos prolongados os músculos tornavam-se fatigados, perdiam sua habilidade de contrair". O papel principal dos nervos, para Bell e Duchenne, "era fornecer a estimulação elétrica necessária para a contração muscular". O cérebro e os centros nervosos tinham como função "controlar e distribuir o estímulo elétrico em quantidades apropriadas às necessidade do músculo em uso" (ib.: 44). Nesse contexto, argumenta Dembe, era natural para Bell e Duchenne que as câibras dos escrivãos fossem essencialmente um problema nervoso:

Estava claro para eles e para os pesquisadores subseqüentes que a origem das alterações não eram primariamente musculares, pois os pacientes com câibra dos escrivãos geralmente continuavam a usar seus músculos para outras finalidades que não a atividade profissional específica (como escrever). A grande questão, conforme esse modelo, era se a disfunção neurológica tinha sua origem patológica (sua anatomia mórbida) localizada nos nervos periféricos ou nos altos centros do sistema nervoso central (ib.:44).

Em suma, o modelo neurológico funcional de alteração localizada de mãos proposto por Bell em 1830 ajudou a definir conceitos e vigorou como pensamento dominante durante mais de um século. Por sua vez, Duchenne referendava essas alterações de impotência funcional ou espasmos funcionais que acometiam escrivãos, músicos, alfaiates e sapateiros. Mas, com relação à base neurológica do distúrbio, ele questionava:

Será que o problema é periférico, isto é, limitado apenas aos músculos? Será que o nervo envia seu sinal normal para os músculos? Será que a excitabilidade do músculo algumas vezes aumenta, outras vezes cessa ou diminui durante movimentos voluntários ou instintivos? Ou talvez haja algum ponto no centro nervoso que, excitado ou exaurido pelo movimentos constantes e repetitivos, algumas vezes descarrega-se causando espasmos, ou manda estímulo nervoso para o músculo de modo tão irregular que causa tremor ou espasmo clônico, ou às vezes cessa de distribuir sua força nervosa e isso seria apenas durante a realização de certas funções? Eu comungo com a segunda hipótese (aquela que torna o problema dependente de uma desarrumação do sistema nervoso central) (Duchenne, 1867, citado por Dembe, 1996:45).

Quanto ao termo "neurastenia", enquanto uma entidade médica distinta, apesar de ter sido introduzido na literatura médica por George Beard em 1869, "tornou-se a alteração mais diagnosticada tanto na Europa quanto nos EUA, afetando cerca de 20% da população" desses países no final do século XIX. "A doença nacional da América", como as manchetes de jornais a tratavam, cresceu durante a década de 1880 e manteve-se em patamares elevados até que, repentinamente, desapareceu. "Por volta de 1930, o conceito de neurastenia efetivamente desapareceu do léxico da comunidade médica" (ib.:45).

Apesar do volume imenso da literatura médica produzida sobre neurastenia no período entre 1870 e 1930, ela era quase sempre concebida como "um estado generalizado de fadiga e exaustão dos nervos" (ib.:45) que decorre "do ritmo frenético da vida moderna, especialmente nos Estados Unidos" (ib.:46). Os sintomas incluíam,

principalmente, "letargia, cefaléia, sonolência, náusea, excitabilidade, afecções da vesícula, disfunção sexual e uma gama de outras queixas nebulosas" (ib.:46). As bases teóricas da neurastenia eram fornecidas pela neurologia e pela física que demonstraram a relação entre energia, estímulo elétrico e função muscular. O sistema nervoso era justamente essa intermediação, essa transferência da energia (eletricidade) para que o músculo se movimentasse:

Em meados do século XIX, a visão predominante era de que cada pessoa possuísse um estoque finito de "força nervosa" ou energia, a qual mediava essa transferência e que, quando a força disponível estivesse exaurida, seja pelo uso excessivo ou pelo rigor geral da vida cotidiana, poderia resultar num estado neurastênico de "exaustão nervosa", "fadiga nervosa" e "fraqueza irritável" (ib.:46).

Beard (1869) e outros consideravam também que a neurastenia tinha um "aspecto psicológico", mas no sentido de que as pessoas dotadas de um temperamento "nervoso" eram predispostas à doença. Homens e mulheres eram igualmente susceptíveis e afetados, embora fossem tratados de modos distintos e opostos: "às mulheres que sofriam de neurastenia prescrevia-se repouso no leito por um mês ou mais. Homens, ao contrário, eram aconselhados a praticar esportes livres e vigorosos" (ib.:46).

Outro aspecto que corroborou esse desenvolvimento da neurastenia no final do século XIX foi a ampla aceitação ou a popularização das teorias psicológicas modernas, representadas principalmente por Jean-Martin Charcot e Sigmund Freud. Freud classifica inicialmente a neurastenia como "uma doença fisiológica", mas, aos poucos, muda de posição e passa a interpretá-la como "predominantemente psicológica". Contemporaneamente, o psicanalista Lutz, explicando a relação entre neurose e neurastenia em Freud, escreve:

Em 1895, Freud fez uma distinção entre psiconeurose (que seria psicogênica) e "neurose atual" (que seria orgânica), dispondo a neurastenia na segunda categoria e, portanto, fora de um

enquadramento da psicanálise. Mas, antes que ele se apropriasse dessas condições como síndromes distintas, a maioria dos sintomas do que ele denominou psiconeurose já tinham sido considerados por ele como sintomas de neurastenia e não de uma doença como entidade específica... Nos seus escritos posteriores, neurastenia, neurose ansiosa e outras "neuroses atuais" também foram analisadas como psicogenéticas (Lutz, 1991, citado por Dembe, 1996:47).

"Neurose ocupacional" e "neurastenia" são, portanto, dois nomes de alterações que trazem a noção de "exaustão nervosa e fadiga", "fraqueza irritável" e psicogenética. Não foi surpresa, portanto, que os médicos passassem a ver as alterações ocupacionais de mãos e punhos como "intimamente relacionadas à neurastenia", ou mais, como afirmava o neurologista americano Horatio Wood, em 1893, que a "neurose ocupacional pode de fato ser considerada uma neurastenia local" (ib.:47). Na mesma direção, Southard e Solomon, fundamentados por oito casuísticas que evidenciavam "a ligação entre neurastenia e neurose ocupacional", concluem que a neurose ocupacional, "de algum modo, é dependente de uma condição neurastênica geral que pode ser focalizada em uma atividade muscular determinada" (Southard e Solomon, 1916, citado por Dembe, 1996:47).

Apesar da denominação inicial de alterações crônicas de mãos e punhos como neurose ocupacional não implicar nenhuma psiconeurose no sentido freudiano, obviamente estas eram concebidas sobre um fundo ou dotadas de um conteúdo psicológico. Mesmos nos primeiros pesquisadores, como Poore e Gowers, já se observa a referência "às manifestações emocionais e temperamentais da cãibra dos escrivãos e dos telegrafistas". Poore (1872, 1873) relatava a irritação mental, a aflição e a insônia de seus pacientes escrivãos, enquanto Dana (1894) descreve seus pacientes portadores de neurose ocupacional como nervosos, emocionais, depressivos ou insones. Lloyd (1895) refere-se "aos sintomas mentais e morais da cãibra dos escritores, tais como ansiedade, depressão, hipocondria e fenômenos histéricos" (citados por Dembe, 1996:48).



À medida que a popularidade da neurastenia crescia, os médicos implicavam mais e mais o componente psicológico na neurose ocupacional. No início do século XX, a ênfase era proporcionalmente igual, tanto para os aspectos mecânicos quanto para os aspectos psicológicos que se supunha estivessem envolvidos na gênese da enfermidade. Por exemplo, o *British Departmental Report on Telegraphers' Cramps* concluiu, em 1911, que a condição era uma decorrência de dois fatores: o primeiro, representado pela fadiga resultante dos movimentos repetitivos das mãos quando operavam a tecla do Morse e o segundo representado pela "instabilidade nervosa da parte do operador" durante a condução das tarefas (Dembe, 1996:48). Devido a esse componente psicológico, começou-se a contestar, como Gowers, os fundamentos da cãibra dos escritores:

De bom grado, a cãibra dos escrivãos poderia ser uma doença imaginária. Muitas pessoas que necessitam escrever muito sentem, algum tempo após escreverem, um certo desconforto nas mãos e, já que esse desconforto é um dos primeiros sintomas da cãibra dos escrivãos, elas são capazes de fantasiar que estão subjugados pela doença, e uma leve tendência ao espasmo é imaginável, em tais casos (Gowers, 1896, citado por Dembe, 1996:48).

Entretanto, as indenizações aos trabalhadores que emergiram nas duas primeiras décadas do século XX exacerbaram o debate médico e legal sobre as origens psicológicas da neurose ocupacional. A literatura médica começou a mudar o foco da observação e sua questão passou a ser como detectar a simulação dos sintomas pelo paciente. Vários livros e artigos foram publicados entre 1912 e 1930 sobre o assunto, alguns especialmente escritos por médicos que ensinavam como evitar tais impostores. Na mesma linha, o *British Departmental Report on Telegraphers' Cramps* (1911) especulava que "um telegrafista neurastênico pode encontrar dificuldades para distinguir entre o que é real e o que só existe em sua imaginação e, ocasionalmente, um telegrafista que desejasse desistir de seu trabalho como operador simularia os sintomas de cãibras" (citado por Dembe, 1996:48).

Em 1927, o resultado de um estudo de seguimento realizado pelo *British Industrial Fatigue Board*, apresenta uma conclusão forte: "A câibra dos telegrafistas era uma condição primariamente atribuível à predisposição psiconeurótica de certos telegrafistas" (citado por Dembe, 1996:49). Desse modo, os estudos médicos ocupacionais de mãos e punhos mudaram de foco, passaram da neurologia para a psicologia. O retorno dos soldados da Primeira Guerra, que se queixavam de dores crônicas e paralisias em extremidades superiores e que, apesar dos sintomas, não apresentavam lesões orgânicas, foi também um dos principais argumentos a corroborar a hipótese da primazia psicológica na gênese dessas alterações (ib.:49).

#### **1.1.4 Uma epidemia de tenossinovite ocupacional em Ohio**

"A história da tenossinovite ocupacional durante esse período" meados do século XX em Ohio, "fornece um exemplo fascinante de como a perspectiva social do médico pode afetar o reconhecimento da doença em sua relação com o trabalho", afirma Dembe (ib.: 59). A tenossinovite, definida pela medicina como uma inflamação específica da bainha do tendão muscular, foi descrita pela primeira vez na literatura médica pelo cirurgião francês Alfred Velpeau, em sua *Anatomie Chirurgicale*, publicado em 1825. Entre as três formas de tenossinovite descritas, a infecciosa, a crepitante e a estenosante, as duas últimas começaram a ser relacionadas pelos médicos, durante as décadas de 1920 e 1930, com o uso repetido e forçado das mãos durante o trabalho (ib.:59).

As reivindicações de indenizações por tenossinovite começaram a aparecer nos Estados Unidos de modo esporádico e focal durante o início do século XX. A luta do Dr. Emery Hayhurst, diretor da *Division of occupational Disease of the Ohio State Board of Health* (Divisão de Doenças Ocupacionais e Saúde do Estado de Ohio) foi central

para seu reconhecimento como doença do trabalho pelo Estado de Ohio<sup>6</sup> (ib.:59). O contexto médico nacional é o desenvolvimento do "estado de bem estar social", em que a Saúde Pública estende suas ações ao problema das enfermidades nos locais de trabalho. "Esse movimento levou ao estabelecimento de secções de Higiene Industrial pelo Serviço de Saúde Pública dos Estados Unidos e pela Associação de Saúde Pública Americana, além de criar escritórios regionais de saúde e higiene industrial" (ib.:59).

Em 1911, o Estado de Illinois, através do Dr. Alice Hamilton, encontrou uma prevalência importante de intoxicação ocupacional de trabalhadores por chumbo. O Estado de Ohio, provocado pelo Dr. Hayhurst, que havia sido assistente de Dr. Hamilton, autorizou um levantamento similar, desta vez compreendendo os riscos e as doenças ocupacionais de todo o Estado. O trabalho foi conduzido por 14 inspetores e, durante um período de dois anos, foram fiscalizadas 38 indústrias ou 1.067 estabelecimentos e foram atingidos 235.984 trabalhadores. Os prontuários médicos dos empregados foram examinados, os sindicatos foram consultados, milhares de trabalhadores foram entrevistados e 7.500 médicos do trabalho do estado responderam a um questionário sobre a ocorrência de doença ocupacional:

Através desse levantamento, Hayhurst documentou a ocorrência de numerosos casos de doenças ocupacionais, assim como uma variedade de problemas músculo-esqueléticos crônicos como lumbago, neurites, ciática, reumatismo e inflamação ou sensibilidade alterada de tendões em mãos e pulsos. Em seu relatório final para o Estado, Hayhurst recomendou que um número dessas doenças, incluindo-se a tenossinovite, fosse definida como doença ocupacional indenizável (ib.:59).

Entretanto, o primeiro ato governamental relacionando às quinze doenças ocupacionais indenizáveis pelo Estado, publicado em 1921, não incluiu a tenossinovite de mãos e punhos entre elas. Hayhurst continuou defendendo essa

---

<sup>6</sup> Hayhurst é um dos fundadores da Higiene Industrial americana.

inclusão, argumentando que "a tenossinovite freqüentemente adquiria formas distintas entre os trabalhadores dos vários ramos industriais", e que inclusive o Estado de Nova York já a reconhecera como indenizável para seus trabalhadores mineiros (ib.:60). Hayhurst insiste:

Celulite, bursite e tenossinovite de mãos, punhos, cotovelos ou ombros que proceda de um trabalho que envolva pressão continuada, giro ou torção das partes do corpo nomeadas. Esses aspectos estão incorporados na Lei de Nova York no casos dos mineiros, apenas, mas tais casos raramente tem sido registrados em Ohio. Por outro lado, eles são indubitavelmente comuns em muitas outras indústrias, especialmente entre trabalhadores novos no emprego, ou entre aqueles que acabaram de retornar de férias, dispostos a retomar seu ritmo intenso antes que tivessem acostumado ao trabalho. Alguns casos podem supurar, mas a maioria regride em poucos dias, após tratamento simples. A condição é diagnosticada facilmente pois caracteriza-se por dores, inchaço e crepitações e outros sons podem ser evidentes, quando se move a parte afetada (Hayhurst, 1823, citado por Dembe, 1996:60).

Enfim, a legislatura de Ohio publicou, em agosto de 1929, a recomendação que definia indenização aos trabalhadores que se apresentassem com "tenossinovite primária, caracterizada pela efusão passiva ou crepitações internas da bainha tendinosa dos flexores ou extensores das mãos devido a movimentos freqüentes de repetição ou a vibrações"(ib.:60).

Dois anos depois, Dr Harold Conn ressaltava o aumento acentuado da incidência da doença em Akron, após a Recomendação (a prevalência dobrou entre os anos de 1929 e 1930). "Em 1933, foram registrados 191 casos de tenossinovite em Ohio, representando 15.2% de todas as doenças ocupacionais registradas no Estado" (ib.:60). Uma das características que levaram a considerar a tenossinovite como um doença ocupacional foi a presença de uma alteração detectável, facilitadora do diagnóstico, representada pela tenossinovite crepitante, em que as aderências entre as bainhas do tendão produzem um som audível como "o pisar do sapato sobre a neve enquanto o tendão desliza" e, nos casos de tenossinovite estenosante, como na

síndrome do "dedo em gatilho", em que há um espessamento da bainha do tendão e restrição de modo mecânico dos movimentos do dedo. Ao contrário do que ocorreu quanto à neurose ocupacional do século XIX, afirma Dembe, desta vez tornava-se difícil defender que "os sons crepitantes" ou os estalos do tendão estenosado eram uma ilusão psicológica (ib.:61).

Mas nem tudo era certeza, no gênero das tendinites. Algumas espécies que não apresentavam crepitações nem estenoses confundiam-se durante o diagnóstico dos médicos com outras formas de incômodos músculo-esqueléticos, com denominações como reumatismos, artroses, artrites, neurites etc. A definição da tenossinovite como doença ocupacional intensificou as pesquisas sobre sua etiologia, cuja questão era entender como se dava a relação entre o trauma que provoca a lesão e os movimentos que ocorrem nos locais de trabalho. Sob esse prisma, a doença que atraiu mais atenção foi a "tenossinovite estenosante do processo estilóide radial" ou doença de De Quervain. Essa enfermidade foi notificada pela primeira vez pelo médico Fritz De Quervain em 1895.

Apesar de alguns trabalhos esparsos, a primeira publicação de peso sobre a doença de De Quervain nos Estados Unidos foi desenvolvido por Harry Finkelstein. Em um estudo publicado em 1930, esse médico relata sua experiência com 24 casos operados e acompanhados por ele. Essa condição erroneamente confundida com reumatismo e outras afecções é, diz ele, muito mais comum do que se supõe. (ib.:61). O perfil social e a história ocupacional dos pacientes operados por Finkelstein coincidiam com os de outros pesquisadores, ou seja, "seus pacientes eram esmagadoramente femininos, geralmente donas de casa e outras mulheres que trabalhavam fora mas não em fábricas, e tinham geralmente acometidas as mãos direita e esquerda". Era este o grau de certeza do conhecimento médico sobre essa doença em 1930 (ib.:62). A partir dessas convicções, Finkelstein defende sua hipótese:

A tenossinovite estenosante é encontrada muito mais freqüentemente na classe trabalhadora, o que corrobora a suposição de que ela tenha uma origem traumática. É verdade que uma crise aguda não é pouco freqüente, ocorreram seis casos em minha própria experiência. Mas a impressão que prevalece é a de que o fator estimulante deve ser atribuído ao trauma crônico. Há relatos de casos que se desenvolveram após longas jornadas ao piano, ou seguidos ao uso prolongado de máquinas de datilografia ou de calcular, ou após, de modo excessivo e prolongado, escrever, lavar e torcer roupa, esculpir madeira, carregar objetos pesados, trabalhar na agricultura, cortar roupas com tesouras pesadas etc... A classe trabalhadora é afetada de modo muito mais freqüente. Trauma crônico e esforço excessivo são as causas mais comuns (Finkelstein, 1930, citado por Dembe, 1996:62).

Essa preocupação e defesa da classe trabalhadora que Finkelstein demonstra, diz Dembe, reflete sua própria história pessoal de judeu pobre e filho de imigrantes, para quem "o mundo da classe trabalhadora não era uma abstração", mas um mundo de pobreza real que ele conhecera muito bem durante a primeira fase de sua vida, que não se esqueceu depois que ascendeu socialmente e tornou-se "amigo pessoal" do Presidente Roosevelt e liderança do Partido Democrático na década de 1930 (Dembe, 1996:64).

Em suma, a partir de 1935 nos Estados Unidos, as convicções de Finkelstein sobre a etiologia traumática e ocupacional da tenossinovite de Quervain tornaram-se hegemônicas. Principalmente depois que ele reproduziu experimentalmente as mesmas lesões em animais, através de traumatismos tanto internos quanto externos. Em 1952, Richard Fenton, sistematizou 423 casos de doença de Quervain em 369 pacientes, somente no Estado de Nova York, e em nenhum daqueles que pleiteou indenização, deixou de ser considerado indenizável em sua relação com o trabalho, conforme informação pessoal do autor a Dembe (ib.:64).

### **1.1.5 A história da síndrome do túnel do carpo**

A "síndrome do túnel do carpo" (STC) é a mais freqüente, a mais grave e a mais incapacitante das *Cumulative Trauma Disease* (CTD) que ocorrem atualmente nos

Estados Unidos. Por causa dessa doença, milhares de pessoas submetem-se a cirurgia todos os anos. A imprensa popular tem denominado o fenômeno de "a doença da idade da informação" e o chefe do *US National Institute for Occupational Safety and Health*, Dr. J. Donald Millar, "considera a síndrome do túnel do carpo uma *mega-epidemia*" (ib.:66).

A história da STC no século XX, o modo como a doença foi caracterizada pela comunidade médica e como foi reconhecida em sua relação com o trabalho é também exemplar, diz Dembe, de como "a opinião de uma autoridade médica foi extremamente influente, desta vez em retardar o reconhecimento e em obscurecer a relação da síndrome do túnel do carpo com várias outras afecções crônicas" que já foram relacionadas ao trabalho (ib.:67).

A síndrome do túnel do carpo caracteriza-se por dor e queixas de entorpecimento e formigamento nas mãos, geralmente ambas, que se localizam principalmente no trajeto anatômico do nervo mediano que trafega através do polegar, indicador, médio e parte do anular. Num caso típico, o doente acorda no meio da noite sentindo dores e formigamentos nas mãos, sintomas que geralmente cedem quando ele exercita as mãos e os dedos, ou então massageia ou aplica compressas quentes sobre o local dolorido.

Ao exame, o médico pode observar, através de testes da sensibilidade, a sensação tátil reduzida ou, então, pode provocar de modo experimental os sintomas, através de testes clínicos específicos (como o teste de Phalen ou o de Tinel), assim como pode medir os potenciais de condução nervosa, através do exame da eletroneuromiografia (ENMG). A enfermidade é progressiva, na maioria das vezes há aumento da intensidade dos sintomas e da frequência das crises, que eventualmente evoluem para fadiga e fraqueza motora, com incapacidade crescente para executar

determinadas funções. Em casos avançados, pode ocorrer falência do músculo hipotênar (ib.: 67).

A literatura médica é rica em histórias e descrições de pacientes com crises de dores noturnas e formigamentos nas mãos, que ocorriam seguidos a esforços excessivos. E. Onimus, em 1876, descreveu três casos de "atrofia muscular profissional" em trabalhadores, sendo um deles esmaltador, o qual apresentou um curso muito grave da doença. James Putnam, quatro anos após, relatou uma série de 31 pacientes, sendo 28 mulheres, e descreveu um quadro clínico típico da enfermidade na época:

Uma mulher casada, 50 anos de idade, sempre forte e bem. Apresentou uma neuralgia na face, quando era jovem, mas que nunca mais se repetiu. Entretanto, nas quatro últimas semanas, ela vem sofrendo de entorpecimento abaixo do pulso, em uma ou ambas as mãos. Este sintoma está presente em maior ou menor grau quase o tempo todo, mas é pior à noite, especialmente entre às três da madrugada até o dia amanhecer, e também quando ela finda o trabalho doméstico e senta-se para costurar. Nessas ocasiões, após alguns minutos, ela sequer consegue segurar a agulha; o entorpecimento, subjetivo e objetivo, é muito intenso, especialmente na superfície palmar do polegar e dos dedos (Putnam, 1880, citado por Dembe, 1996:67-8).

Relatos similares foram publicados por Ludwig Hirt (1893), que denominou "angio-neurose" noturna a uma paralisia que é especialmente prevalente nas mulheres após a menopausa; J. Ramsey Hunt (1911), que associou casos de atrofia e paralisia ténar a movimentos repetitivos em ocupações como polidores de latão, maquinistas, abridores de ostra etc., além de especular que os sintomas decorriam de compressão do nervo mediano; e Bernard Brouwer (1920), que descreveu de modo detalhado a "neurite do mediano" em pacientes com ocupações como alfaiates, enroladores de charutos, lavadeiras etc. (ib.: 68).

Dembe ressalta que na própria descrição dos sintomas da cãibra dos escrivãos e dos telegrafistas no século XIX, é possível observar evidências da síndrome do túnel do



carpo nesses conceitos. Nesse sentido, há referências à atrofia do coxim do polegar na primeira descrição da cãibra dos escrivãos feita por Sir Charles Bell (1830) e citações de dores noturnas e formigamentos em uma descrição por Samuel Solly em 1864, assim como há alguns casos que sugerem explicitamente a SCT em Poore (1897), como no caso de "um homem que sentia dores noturnas e agulhadas nas mãos e no dia seguinte mal conseguia escrever" (ib.:68).

A principal novidade que a síndrome do túnel do carpo trouxe para a medicina foi a possibilidade de entender pela primeira vez a patogênese de uma doença ocupacional:

O sinal anatômico que define a doença é a compressão do nervo mediano pelo pequeno orifício dentro do pulso conhecido como túnel do carpo. Presume-se que esta compressão altera a condução nervosa. O critério conclusivo para o diagnóstico de síndrome do túnel do carpo é a observação da compressão do nervo mediano através da exploração cirúrgica dos pacientes sintomáticos. Este tipo de abordagem cirúrgica revelou pela primeira vez a lesão para o médico e, assim, contribuiu para o desenvolvimento do conceito moderno de síndrome do túnel do carpo como uma entidade médica distinta (ib.:68).

A história "patológica" da doença começa com Sir James Paget (1854), que descreveu o caso de um paciente com uma compressão crônica do nervo mediano devido a um fratura do carpo. A seguir, dois cirurgiões franceses, Pierre Marie e Charles Foix, observaram edema do nervo em cadáveres e sugeriram a secção do ligamento transversal como conduta terapêutica. Essa modalidade cirúrgica foi realizada por James Learmouth, em 1930, e Frederik Moersch introduziu-a na famosa Clínica Mayo e, em 1938, cunhou a expressão "síndrome do túnel do carpo". Em 1946, os cirurgiões Cannon e Love publicaram o resultado favorável de nove casos operados por eles entre 31 pacientes com quadro de "paralisia tardia do nervo mediano". Começa a popularização desse tipo de cirurgia (ib.:69).

Mas a maior contribuição para a compreensão e o conhecimento médico dessa enfermidade veio, sem dúvida, do Dr. George Phalen, da Clínica de Cleveland. A partir dos anos 1950, Phalen publicou uma série de artigos enfocando a síndrome do túnel do carpo através dos quais adquiriu notoriedade tanto nos Estados Unidos quanto na Europa. Em Cleveland, entre 1947 e 1969, acompanhou 823 pacientes e operou 40% desse total (ib.: 69). Sua contribuição é imensurável, reconhece Dembe:

Phalen documentou de modo conclusivo a presença de lesão no nervo mediano em muitos pacientes que apresentavam sintomas clínicos da afecção e demonstrou a potencial eficácia da descompressão cirúrgica em aliviar os sintomas. Phalen, portanto, confirmou a "realidade médica" da síndrome do túnel do carpo, como uma desordem orgânica do sistema nervoso (ib.:69).

O sucesso de Phalen em identificar uma doença e aprimorar seu tratamento cirúrgico tornando-o mais efetivo, tornou-o um dos principais cirurgiões e um dos mais renomados especialistas em afecções crônicas de mãos e punhos da América do Norte. Essa grandeza, acreditava-se, poderia finalmente decidir o caminho do conhecimento médico das afecções de mãos e punhos relacionadas ao trabalho.

Mas, contrariando o que se poderia esperar das descobertas de Phalen, seu trabalho posicionou-se como um dos mais ardentes manifestos contra a etiologia ocupacional para a STC. "Phalen estava absolutamente convicto de que a causa da síndrome do túnel do carpo não era ocupacional, e defendia isto de modo veemente em palestras e publicações (ib.:70). Ele sustentava que a causa da doença era ignorada, que a compressão do nervo mediano na maioria das vezes era idiopática e insistia em frisar esses elementos até mesmo ao nomeá-la como "compressão espontânea do nervo mediano no punho", justamente para enfatizar sua origem desconhecida, "a natureza não ocupacional da lesão", embora reconhecesse que o trabalho poderia agravar os sintomas, pelo uso repetido da mão afetada (ib.:70). Vejamos citações do próprio Phalen, referentes a trabalhos publicados num período de mais de vinte anos, com os quais conclui suas quatro série de estudos:

(1951 - 11 casos) A causa dessa "compressão espontânea do nervo mediano no punho" não é clara. Traumas ocupacionais podem influenciar de algum modo a produção da síndrome, mas só um paciente nesta série estava realizando um tipo de trabalho que requeria um pouco mais do uso normal das mãos... Caso essa "síndrome da neuropatia mediana" fosse devida somente a trauma ocupacional, a condição certamente seria muito mais freqüente do que se vê (Phalen, 1951, citado por Dembe, 1996:70).

(1957 – 37 casos) Acreditamos que a "neuropatia por compressão espontânea do nervo mediano no túnel do carpo" não é uma doença ocupacional. Movimentos forçados de preensão, repetidos freqüentemente, podem causar tenossinovite dos flexores no túnel do carpo, mas isso não é nada comum... É verdade que quase todos os nossos pacientes referem que seus sintomas agravam-se após o uso extenuante das mãos, sendo que os sintomas são piores na mão dominante. Nenhum dos pacientes, entretanto, tinha realizado uma quantidade de trabalho excessiva com suas mãos (ib.:70).

(1966 – 439 casos) A síndrome do túnel do carpo típica e comum – neuropatia por compressão espontânea do nervo mediano no túnel do carpo – não é uma doença ocupacional. Uma tenossinovite crônica dos tendões flexores do túnel do carpo pode decorrer de movimentos de preensão forçados, prolongados e repetitivos, mas tal tenossinovite não é encontrada entre trabalhadores industriais. A maioria dos pacientes com síndrome do túnel do carpo tem seus sintomas agravados quando usam as mãos de modo árduo e tais sintomas são ainda piores se ocorrem na mão dominante... Os homens certamente expõem muito mais suas mãos ao trauma do que as mulheres, mas contribuem apenas com 33% dos casos da série (ib.:71).

(1972 – 384 casos) O "espessamento sinovial do flexor" pode ser causado por movimentos de preensão forçados e prolongados que pode provocar síndrome do túnel do carpo. Sob essas condições, a síndrome do túnel do carpo pode ser classificada como uma doença ocupacional, mas esta é uma causa de compressão nervosa extremamente rara. Os pacientes com síndrome do túnel do carpo freqüentemente agravam seus sintomas após o uso árduo das mãos, mas o trauma ocupacional raramente é o fator inicial na produção da síndrome (ib.: 71).

Essa posição teve enorme influência no meio médico durante mais de três décadas e baseava-se na concepção de Phalen segundo a qual só os homens "poderiam fazer uso árduo das mãos". Phalen, de fato, interessava-se pouco pela ocupação de seus

pacientes, ou não a investigava muito, e demonstrava possuir pouca informação sobre a natureza das atividades profissionais em geral; tirava suas conclusões principalmente a partir de seus pacientes, a maioria mulheres na faixa entre 30 a 60 anos de idade, sendo que nenhuma delas trabalhava numa fábrica tradicional. Ele não reconhecia, entretanto, nem mesmo características de várias ocupações predominantemente femininas que poderiam ter nexos causais com a STC, como funções de "cozinheira, arrumadeira, escriturária, secretária, garçonne, costureira e enfermeira" (ib.:73).

Vemos, portanto, como um julgamento médico, aparentemente científico, sobre a causa de uma doença, fundamentava-se, ao contrário, "numa perspectiva social que concebia como trabalho árduo apenas aquele realizado por homens engajados em um trabalho industrial pesado" e não concebia que outros tipos de ocupação como cozinhar, datilografar, costurar ou trabalhar num escritório, classificados como "trabalhos femininos", pudessem ser percebidos como "menos exigentes para as mãos e para os punhos" (ib.: 73).

Hoje, diz Dembe, essa performance ingênua e sexista de Phalen faz parte de uma posição cujos interesses foram a técnica e os aspectos cirúrgicos do caso, ao tempo em que menosprezava a percepção dos sintomas e a história ocupacional do paciente. "O perfil dos pacientes de Phalen era notavelmente igual aos de Finkelstein e Schneider, mas o contraste entre a interpretação de Phalen e a história ocupacional de seus pacientes é impressionante". Como Finkelstein, talvez sua história pessoal reflita sua própria maneira de ver suas experiências (ib.: 73).

George Smith Phalen nasceu em Illinois em 1911, formou-se em medicina pela Northwestern University em 1938 e especializou-se em ortopedia na Clínica Mayo. Serviu como tenente médico durante a Segunda Guerra e, em hospitais militares, aprendeu cirurgia de mão com o famoso especialista Sterling Bunnell. Após a guerra,

Phalen tornou-se "um cirurgião ortopedista de mão rico e altamente distinto, que atendia na Clínica Cleveland, uma das mais renomadas instituições médicas da nação", durante mais de trinta anos. Esta biografia, a instituição médica e o tipo de clientela referenciada também ajudam a entender porque Phalen preteriu a ocupação na sua abordagem etiológica da doença e era acreditado (ib.:75).

Uma diferença acentuada de condutas é observada ao comparar-se, nessa mesma época, Phalen e Radford Tanzen, um cirurgião plástico de New Hampshire que publicou suas observações sobre uma série de 34 pacientes operados por ele entre 1956 e 1959 e que ressaltava principalmente as características ocupacionais de cada caso obtidas através de uma história ocupacional criteriosa:

Dois pacientes começaram recentemente a ordenhar diariamente em uma fazenda. Três outros trabalhavam manipulando objetos em uma correia transportadora, mantendo repetidamente os pulsos flexionados e dois realizaram atividades de jardinagem, que envolveu a retirada manual de considerável quantidade de ervas daninhas. Um outro esteve engajado durante o ano anterior em pulverização manual de automóveis, pressionando repetidamente um spray com o indicador e o dedo médio, ao tempo em que flexionava e estendia alternadamente o pulso. A última paciente era uma mulher que, durante um ano antes dos sintomas, estivera servindo sopa para 600 estudantes, duas vezes por dia, segurando a concha entre o indicador e os dedos longos e flexionando os pulsos. Uma revisão cuidadosa da mecânica desses exercícios mostra que, antes do início dos sintomas, quase a metade de nossos pacientes esteve envolvida em atividades que flexionavam de modo forçado e prolongado os dedos com o pulso, seja sustentando-o em flexão, ou movendo-o em sua amplitude de movimentos flexores (Tanzen, 1959, citado por Dembe, 1996:75).

Tanzen apresenta uma outra maneira de olhar, que considera a performance, o tempo e os movimentos que o trabalhador realiza durante seu trabalho. A observação detalhada das atividades profissionais dos pacientes, bem como suas histórias particulares, permitiam-lhe supor que os movimentos ocupacionais exercidos pelas mãos causavam a lesão. Ao contrário de Phalen, ele conclui que "a

flexão forçada ou repetida do punho e dedos é um fator precipitante" de STC (Tanzen, 1959, citado por Dembe, 1996:75).

Outros observadores obtiveram conclusões semelhantes, entre os quase J. G. Love (1955), em Carolina do Norte, que estudou a neurite mediana ressaltando o papel de três ocupações no desenvolvimento da lesão: "trabalho excessivo em escritório, ordenha manual e alfaiate". Russel Brain, Dickson Wright e Marcia Wilkinson na Inglaterra, em 1947, estudaram seis mulheres operadas de STC, todas donas de casa e de meia-idade; observaram as sobrecargas de trabalho que elas se expunham e, "em cada caso o cirurgião pôde documentar a ocorrência e a exacerbação de atividades manuais não habituais, principalmente devidas à ausência de seus maridos durante a guerra" (Brain et als, citados por Dembe, 1996:75).

Sobre um mesmo perfil epidemiológico, portanto, apresentaram-se dois tipos de interpretações diferentes para a mesma doença. Mas, enfim, a opinião de Phalen prevalecia, tanto pela sua experiência de quase mil casos, quanto pela sua posição de renomado cirurgião de uma instituição famosa, de modo que essa liderança sobre a comunidade ortopédica dificultou que outros cirurgiões de mão questionassem seu julgamento e sua autoridade (ib.:76).

Assim, entre 1950 e 1980, a STC foi concebida pelos médicos como uma doença que acometia principalmente mulheres de meia-idade, provavelmente associada à menopausa ou decorrente de mudanças hormonais, embora alguns investigadores questionassem esses estudos e insistissem com novas pesquisas, principalmente relacionando-a à ocupação. Mas "a visão social estereotipada de George Phalen sobre o que era "trabalho feminino" apoderou-se da história natural dessas alterações ocupacionais durante mais de trinta anos.

### 1.1.6 A epidemia de CTD na indústria americana durante os anos 1970

A retomada do interesse e uma nova orientação e postura frente às doenças neuromusculares ocupacionais de mãos e punhos nos Estados Unidos começa durante a década de 1970, com a identificação de novos casos, particularmente na indústria pesada (grandes montadoras de automóveis e de aviação), a estruturação de novas ações públicas de prevenção e o envolvimento de grandes sindicatos de trabalhadores nas questões de saúde ocupacional (Dembe, 1996:77). Durante essa década, surgiram também as primeiras reivindicações de indenização por STC nos EUA. Em 1972, uma corte de apelação em Missouri decidiu pela causa ocupacional de um caso de STC diagnosticado em uma trabalhadora de uma fábrica de embalagens, cujas atividades requeriam "flexões repetidas sob pressão" das mãos. Entretanto, outra corte em Delaware, em 1975, negou "a relação com a ocupação" em um caso de STC em trabalhador exposto a ferramenta vibratória numa planta automotiva da "General Motors" (ib.:77).

As reivindicações sindicais rotineiras de trabalhadores por melhores condições de saúde das indústrias automotivas nessa década fez com que estas (GM, Ford e Chrysler) se juntassem, representadas na *United Auto Workers* (UAW), para implementar programas de saúde e segurança no trabalho. Dan MacLeod, que trabalhou para a UAW durante essa época fazendo palestras sobre o tema para comitês de fábrica, relata como descobriu a prevalência de CDT entre esses trabalhadores metalúrgicos:

No final dos anos 1970, trabalhando para a UAW em Detroit, eu rotineiramente realizava encontros com grupos de trabalhadores em montadoras de automóveis. No início, quando ainda começávamos a aprender sobre CTD, eu costumava perguntar para começar as reuniões: "Algum de vocês já fez cirurgia do punho? Aqueles que já tinham sido operados erguiam as mãos. Então, havia certo espanto nos olhares, pois percebia-se que uma boa parte do grupo estava com suas mãos levantadas. "Pensei que fosse eu apenas", falavam alguns,

simultaneamente. Algo que as pessoas consideravam como uma aflição rara e decorrente de fatores pessoais tornou-se comum entre aqueles que realizavam movimentos repetitivos numa auto-planta. Havia uma epidemia sob os nossos narizes que ninguém havia notado até então (MacLeod, 1995:11, citado por Dembe).

Em 1976, uma jovem que trabalhava na Kodak do Colorado ficou incapacitada devido a STC. Convencida de que sua doença fora provocada pelo trabalho, ela entrou na justiça contra a empresa requerendo indenização e denunciou o caso ao escritório regional do OSHA. O NIOSH (*National Institute for Occupational Safety and Health*) foi acionado e enviou um médico e um ergonomista para avaliar a empresa. "Os pesquisadores da NIOSH ficaram atônitos", conta Dembe, pois foram encontrados 104 casos de CTD (sendo 84 tenossinovites, 10 cistos ganglionares, quatro bursites, duas epicondilites etc.) registradas no período entre 1972-76 somente nessa empresa. Eles concluíram que "as doenças eram devidas ao 'trauma repetitivo' causado pelos movimentos de braços e mãos requeridos nas operações de empacotamento e de rebarbamento". Em 1978, a empresa foi notificada para implementar melhorias nas condições de trabalho e, em que pese já haver começado certas ações desde 1973, foi autuada com "uma pequena penalidade de \$4.800". Esta multa "apenas simbólica, é verdade", conforme diz Dembe, fez com que a Kodak se tornasse a primeira empresa norte-americana autuada por expor seus empregados a "stress ergonômico excessivo, causado por movimentos repetitivos" durante o trabalho (OSHA, citado de Dembe, 1996:78).

Dembe, que entrevistou pessoalmente Tom Majors, o diretor de segurança da Eastman Kodak, diz que ele acredita que a incidência alta de CTD decorreu do tipo de registro de lesões e enfermidades provocadas pelo trabalho mantido pela empresa:

Os responsáveis pela manutenção dos registros, incluindo Majors e o staff médico da planta, haviam sido teinados pessoalmente pelo Dr. Christian Amoroso (um reumatologista), pelo diretor médico da corporação Kodak e pela sua ergonomista Suzanne Rodgers para



reconhecer esse tipo de alterações. Desejando ser particularmente minucioso, o pessoal de saúde e segurança anotava cada reclamação nos registros, mesmo aquelas pequenas queixas e que não envolviam incapacidade para o trabalho. A maioria dos casos denominados "tendinite", conforme Majors, nada mais eram do que apenas queixas de mãos doloridas" (Dembe, 1996:79).

A presença de um ergonomista e o registro minucioso das queixas dos trabalhadores foram resultado de um projeto anterior da Eastman Kodak que visava "reconhecer e prevenir as alterações músculo-esqueléticas" dos empregados. Bem antes, desde 1957, a Kodak estabelecera um programa pioneiro em ergonomia para trabalhadores nos Estados Unidos (elaborado pelo fisiologista Lucien Brouha), cuja motivação original fora "estabelecer fatores humanos de organização para avaliar meios de implementar a produtividade através de um melhor entendimento dos limites de tolerância física dos trabalhadores". Após a instalação do laboratório ergonômico em 1960, a orientação foi incluir cada vez mais os estudos sobre "incapacidade", devendo-se registrar principalmente o estudo de coorte, realizado durante 20 anos com 1500 trabalhadores, com o objetivo de observar o desenvolvimento da dor lombar crônica. Um dos resultados desse estudo é que "a administração da Kodak tornou-se especialmente atenta para fatores de risco ergonômicos associados com dor lombar e outros incômodos músculo-esqueléticos" (ib.:79).

Quando a fábrica do Colorado foi inaugurada em 1972, com 3.300 empregados, uma população composta principalmente de mulheres e de hispânicos jovens e inexperientes foi vista por Rodgers e o *staff* médico como "uma oportunidade de estabelecer métodos para monitorar fatores de risco de lesões músculo-esqueléticas e avaliar a eficácia de controles ergonômicos". A ironia é que ao registrar todos os incômodos referidos pelos trabalhadores, a Kodak propiciou a oportunidade para que os Estados Unidos aplicassem a primeira punição a uma empresa no que se refere às CTD (ib.:80).

Outra iniciativa da indústria, neste caso da aviação, em identificar fatores etiológicos de lesão músculo-esquelético ocupacional em seus empregados resultou num dos primeiros estudos epidemiológicos em larga escala sobre o tema. A pesquisa foi realizada pelos médicos Laurence Cannon, Edward Bernacki e Stephen Walter em uma população de 20.000 trabalhadores de linhas de montagem de quatro fábricas da *United Technologies Corporation*, entre 1977 e 1979. Os pesquisadores constataram principalmente "o risco altamente elevado" de lesões manuais em trabalhadores que operavam instrumentos manuais vibratórios (ib.:80). Apesar de ter sido patrocinado pela empresa e um de seus autores, Bernacki, ser o diretor médico da companhia, o estudo foi publicado em 1981 e "representa um dos primeiros reconhecimentos públicos, por parte de uma corporação, de que poderia existir um problema de CTD ocupacional" entre seus empregados (ib.:80). Conforme Bernacki, em entrevista pessoal a Dembe, o objetivo principal do estudo foi determinar se a STC estava relacionada ao trabalho e avaliar se os trabalhadores expostos aos maiores riscos poderiam ser "selecionados" através de exames ou avaliações médicas (ib.:80).

Um dos fatores que impulsionaram esse interesse da *United Technologies*, pelas questões de saúde ocupacional foram os vários pleitos vitoriosos de trabalhadores com STC que, pelas leis de Connecticut, era "indenizável, mesmo em suas lesões mais iniciais". Esse tema envolveu o sindicato nacional dos trabalhadores (IAM) que freqüentemente alertava aos trabalhadores e aos médicos da corporação para as enfermidades das mãos e punhos e sua relação com o trabalho (ib.:80). Em 1978, o ramo local do sindicato iniciou, em um periódico regional, uma série de artigos intitulada *bad medicine*, a qual denunciava certos incômodos e reclamações dos trabalhadores que nunca eram atendidos. Além disso, o sindicato fornecia apoio jurídico aos seus membros doentes e promovia freqüentes sessões educacionais com palestras que abordavam principalmente aspectos médicos e jurídicos das STC (ib.:81).

### 1.1.7 O crescimento exponencial da CTD nos EUA

Conforme o *U. S. Bureau of Labor Statistics* (Escritório Central de Estatísticas do Trabalho dos Estados Unidos) a notificação de casos de CTD aumentou dez vezes no período entre 1983 e 1993, passando de 30.000 para 300.000 casos registrados por ano (ib.:82).

Até a década de 1980, lembra Dembe, "o interesse pelas alterações ocupacionais de mãos ainda permanecia confinado a pequenos grupos de médicos, pesquisadores, ergonomistas e defensores da saúde pública". Essa situação mudou completamente quando despertou também o interesse de "sindicatos, políticos, governos, agências reguladoras e mídia". Em 1980, por exemplo, a *OSHA (Occupational Safety and Health Administration)* atendeu reivindicações de trabalhadores da indústria de vestuário e autuou a empresa *Hanes Corporation* na Virginia por submeter seus empregados a "'stress muscular excessivo', que pode levar a trauma por movimentos repetitivo". Em 1983, numa entrevista ao *Wall Street Journal*, o Dr. Charles Gunn, diretor médico da Hanes, declarou que creditava "o surgimento de lesões de mãos e punhos como um subproduto do sucesso de uma campanha que resultou na união entre o *Amalgamated Clothes e Textile Workers Union*" (Sindicatos de Fiadores e Tecelões) (Dembe, 1996:82).

Em meados da década de 1980, emergiu um outro foco de ativismo sindical com reivindicações muito próprias, a perigosa indústria da carne, repleta de riscos ocupacionais. Esse ramo industrial já era conhecido dos americanos desde 1906, através do clássico *The Jungle*, de Upton Sinclair, uma descrição literária dos matadouros. Embora obtendo melhorias significativas nas condições de trabalho desde essa época, a indústria da carne persistia com os piores índices de acidentes e enfermidades relacionadas ao trabalho do país. Conforme Dembe:

Em 1985, por exemplo, a frequência da OSHA para acidentes e doenças de empacotadores de carne era 30.4 para cada 100 trabalhadores full-time, quase quatro vezes pior do que a média nacional de 7.7/100 para a indústria privada. Essa taxa de acidentes vinha mantendo o empacotamento de carne no topo da lista das indústrias mais perigosas (ib.:82).

Esse ramo industrial foi sempre um domínio de proprietários familiares ou associações comerciais (ex.: "*Swift & Company, Armour & Company, Wilson's Foods Corporation*") que contavam com a colaboração de trabalhadores fiéis e identificados com valores patronais, gratificados com salários relativamente altos para a época. A mudança dos hábitos alimentares da população norte-americana na década de 1970 diminuiu o consumo de carne vermelha, coincidiu com um aumento da competitividade e a tendência de fusão das indústrias em grandes conglomerados (*ConAgra, Cargill, Sara Lee, United Brands*), que buscaram modernização tecnológica e aumento de produtividade, mas encontraram também uma mudança radical no comportamento dos empregados (ib.:83).

A modernização e intensificação da produção diminuiu os salários, as empresas começaram a contratar mão-de-obra vietnamita que migrara recentemente e incentivava a não sindicalização desses novos trabalhadores. "O resultado final foi a exigência de um trabalho mais árduo para a maioria dos trabalhadores (40% mais rápido), que recebiam cada vez menor compensação (23% a menos) por seus esforços" (ib.:83). Em decorrência, uma sucessão de greves violentas explodiram nesse setor durante a década de 1980, com uma quantidade de prisões que não se via desde as greves de 1930. A "*Wilson Food* teve sete plantas paradas em 1983", iniciando uma seqüência que atingiu a John Morrel (1985), a FDL (1986), a IBP (1986-7) e a Cudahy (1987-8). A mais proeminente e notória dessas greves, ocorrida na planta-mãe da Hormel em Austin, Minnesota, foi notícia nacional e durou mais de um ano (agosto de 1985 até setembro de 1986) (ib.:84).

Desde antes da greve, sob a influência de Ray Rogers, assessor da P-9, uma organização local da UFCW (*United Food and Commercial Workers Union*), os trabalhadores já se queixavam do alto número de acidentes, de dores articulares e dormências em mãos e punhos. Muitos deles "tornaram-se incapacitados por esse problema e alguns receberam o diagnóstico de síndrome do túnel do carpo" (ib.:85). Esses trabalhadores transformaram a STC em sua bandeira de luta, divulgando o problema para além da fábrica, para o domínio público. Em 1985, publicaram uma cartilha intitulada "*The legacy of pain: the damaged workers from the Hormel em Austin*", a qual documentava a incidência da doença, assim como o sofrimento que tinha se apossado de suas vítimas, após serem acometidas pela enfermidade:

Uma trabalhadora da empresa Hormel, Elizabeth Anderson, descreveu como, a partir de 1982, ela começou a sentir dores e dormência nos pulsos e nos braços. Após sofrer duas cirurgias no túnel do carpo, ser transferida para uma dúzia de "reabilitações" em empregos diferentes, ela finalmente perdeu todo o uso das mãos e tornou-se permanentemente inválida (Dembe, 1996:85).

Essas publicações eram distribuídas aos milhares, "de porta em porta, através de Minnesota" (ib.:85). O tema da "síndrome do túnel do carpo" expandiu-se para outras indústrias da carne e muito do crédito dessa disseminação, salienta Dembe, deve ser atribuído a Deborah Berkowitz, uma diretora de saúde da UFCW. Ela e a UFCW adotaram a estratégia de trazer as reivindicações referentes à doença para as negociações com o patronato, além de requisitar uma avaliação de riscos da NIOSH para as instalações do matadouro de peru da *Swift* em Harrisonburg, na Virginia. O estudo resultante, realizado por Thomas Armstrong e em colaboração com o Centro de Ergonomia da Universidade de Michigan, "foi um dos primeiros e mais influentes estudos ergonômicos conduzidos sobre o tema das STC" nos EUA (ib.:86). Deborah Berkowitz e a UFCW souberam aproveitar-se da mídia, da simpatia da população pela causa e do interesse jornalístico pelos problemas da categoria. Assim, no auge das greves contra a Hormel e a John Morrel, em 1986, o *Los Angeles*, o *New York Times*

e o *The Washington Post*, como também o canal de TV ABC, "descobriram uma 'epidemia' de STC na indústria dos abatedouros de carnes" (ib.:86).

A partir de 1987, a OSHA decidiu ampliar para outras empresas da indústria da carne suas inspeções, além da continuidade do trabalho na *Hormel*, cujas "investigações eram assistidas e monitoradas de perto por Berkowitz e pela UFCW". As instalações da IBP em Dakota City, Nebraska e a planta da *John Morrel*, em Sioux Falls, South Dakota foram escolhidas para sofrerem auditorias de saúde ocupacional. A IBP, entretanto, bloqueou a fiscalização da OSHA alegando, conforme a legislação americana, que seus índices de acidentes eram os mais baixos entre as empresas de sua categoria industrial e, nessa condição, exigiu ser beneficiada com a lei que a desobrigava de se deixar inspecionar pela OSHA. Os trabalhadores, entretanto, que se queixavam freqüentemente ao serviço médico da fábrica de dores e desconforto em mãos e punhos, descobriram que a empresa possuía dois bancos de dados para o registro dessas queixas médicas e que, surpreendentemente, um deles não fora apresentado aos órgãos de controle, justamente aquele que registrava um número maior de sintomas. O sindicato denunciou a fraude à OSHA (ib.:86).

Outro fator importante na divulgação foi a interveniência de Tom Lantos, um representante parlamentar da Califórnia que iniciou uma série de audiências públicas sobre a segurança e a saúde dos trabalhadores da indústria da carne, durante o período de pós-greve. Ao descobrir que a IBP mentira durante seu testemunho, Lantos empenhou-se pessoalmente numa campanha de denúncias que reduziu ainda mais a simpatia pública pela empresa. Para culminar, a OSHA aplicou multas de \$2.59 e de \$4.3 milhões, respectivamente, contra a IBP e a *Hormel*, em julho de 1987. Em resumo, diz Dembe, a partir dessa experiência grevista dos trabalhadores na indústria da carne durante a década de 1980, pode-se afirmar que:

O objetivo inicial da luta dos trabalhadores da indústria da carne era principalmente salário e segurança no trabalho, e não especificamente

o problema das mãos. Mas, um dos subprodutos da violência das greves foi despertar a atenção nacional para o tema da síndrome do túnel do carpo e, desse modo, ajudou a estimular o reconhecimento médico e público do problema. Através da influência dos sindicatos e da mídia, as afecções ocupacionais de punhos e mãos foram projetadas na vanguarda da agenda nacional de saúde. Esses eventos, combinados ao acúmulo de evidências clínicas e epidemiológicas, convenceram a maioria dos médicos e das autoridades governantes sobre o potencial da etiologia ocupacional dessas aflições. A consciência dessas alterações ampliou-se entre a comunidade médica, entre trabalhadores e o público em geral; os registros cresceram e a STC ganhou aceitação no sistema de indenizações de trabalhadores. A era das afecções por trauma cumulativo enquanto as doenças ocupacionais dos anos 1990 havia chegado (ib.:87).

Em uma entrevista concedida a Dembe em 28/07/1993, Deborah Berkovitz, analisando as performances históricas daquela época, afirma que dois fatores foram fundamentais para o reconhecimento do problema da CTD na indústria nos anos 1980: a mentira da IBP e as audiências de Lantos em resposta às greves da Hormel e outras indústrias da carne. Esses dois eventos, diz ela, foram como "milagres inesperados" que ajudaram a produzir "o clima político e o suporte da opinião pública" necessários à transformação da STC e de outras afecções por trauma cumulativo em "uma preocupação importante dentro da saúde ocupacional" (Dembe, 1996:87).

### **1.1.8 Popularização da CTD nos Estados Unidos**

A partir dos anos 1990, os registros de afecções ocupacionais de mãos e punhos já compreendem trabalhadores de diversos ramos industriais, principalmente montagem de autos, têxteis, vestuários, eletrônicos, impressão de jornais etc. (Dembe, 1996:88). Nos Estados Unidos, a passagem do foco de interesse da "síndrome do túnel do carpo", vista como uma entidade única e definida, para "desordens por trauma cumulativo", um termo mais amplo e mais genérico que compreende outros tipos de dor crônica de extremidades superiores só ocorreu na década de 1980. O

termo passa a compreender, também, não só a "síndrome do túnel do carpo", mas a tendinite, a tenossinovite, o fenômeno de Raynaud e outras afecções que decorram de movimentos repetitivos pelo uso das mãos e dos punhos na ocupação (Dembe, 1996:88).

Sobre a gênese desse termo, Dembe afirma que "o termo médico-legal *trauma cumulativo* apareceu pela primeira vez durante a década de 1970", nos Estados Unidos, no contexto dos debates sobre a indenização da lombalgia não-traumática" pelas leis norte-americanas. Até então, o estatuto das indenizações só reconhecia os casos agudos, lesões que ocorressem em tempo e lugar específicos. Escreve Dembe:

A denominação "trauma cumulativo" foi introduzida como um meio para distinguir afecções músculoesqueléticas crônicas de lesões agudas (cuja indenização requeria um evento precipitante específico) e para promover a idéia de que elas poderiam ser tratados do mesmo modo como doenças ocupacionais, pois era reconhecido que se desenvolviam de modo gradual no tempo, como resultado de uma exposição prolongada (ib.: 89).

Esse foi um dos problemas que dificultaram o reconhecimento da síndrome do túnel do carpo como uma afecção indenizável, pois não estava claro se a STC deveria ser tratada como uma lesão aguda que requeria um evento específico ou como uma doença ocupacional, que se desenvolvia lentamente (ib.:89). A reivindicação de indenizações em Michigan e Califórnia, que dominavam as concepções de doenças por trauma cumulativo imperava e a Síndrome não necessitava ser reconhecida nem como doença ocupacional e nem como lesão aguda para ser indenizável, o uso do termo CTD pode ser entendido como um modo em que pacientes, advogados e médicos tentam harmonizar um meio de resolver seus problemas no sistema médico e legal (ib.:89).

Uma outra perspectiva para o fenômeno das CTD foi adotada, na década de 1980, por Thomas Armstrong, "que primeiro recomendou medidas ergonômicas



específicas para a prevenção da "síndrome do túnel carpo", bem como pelo Centro de Pesquisas Ergonômicas da Universidade de Michigan, que fora uma fonte de estudos pioneiros em biomecânica e mecanismos de lesão músculo-esquelética, durante as décadas de 1960 e 1970. Quando o número de casos registrados de STC começou a aumentar, nas décadas de 1970 e 1980, um grupo de pesquisadores, que incluía Don Chaffin, Thomas Armstrong, Bárbara Silverstein, Brad Joseph etc., começou a se reunir e a elaborar propostas de atuação nas indústrias da carne, têxtil e montadoras, ouvindo os trabalhadores, os doentes e o sindicatos. Esse grupo tornou-se referência nos Estados Unidos, auxiliando tanto a OSHA quanto os sindicatos (ib.:90).

Bárbara Silverstein, nos artigos que se seguiram a sua dissertação intitulada *A prevalência das afecções de extremidades superiores por trauma cumulativo na indústria* (1985), ressalta principalmente dois fatores de risco para a doença, a repetição e a força (Silverstein, 1987). Essa idéia aparece depois, sob a forma de um panfleto famoso intitulado "*sprains and strains*" (esforços e entorses), que foi amplamente distribuído entre trabalhadores de uma grande variedade de indústrias:

Neste panfleto, a UWA advertia aos trabalhadores que afecções tais como síndrome do túnel do carpo, tendinites, fenômeno de Raynaud, coletivamente referidas como desordens por trauma cumulativo, poderiam resultar de uma variedade de tarefas no trabalho, incluindo movimentos repetitivos, ferramentas vibratórias e pressões excessivas contra as mãos (Dembe, 1996: 90).

Desse modo, finaliza Dembe, o conceito de "desordens por trauma cumulativo" torna-se cada vez mais usado, superando outros termos como *Repetitive Motion Disorders*, *Overuse Injuries* etc. Além disso, OSHA, NIOSH e outras agências governamentais começaram a adotar essa terminologia em seus registros e ações (ib.:90).

## CAPÍTULO 2

### O nascimento da LER/DORT no Brasil

Após a descrição anterior da CTD durante a industrialização norte-americana, este capítulo prossegue com o itinerário histórico da instituição do conhecimento médico da LER/DORT, enfocando a emergência dessa doença na década de 1980 no Brasil. Como eixo de descrição, serão utilizados trabalhos de autores nacionais que priorizam os mesmos fatores sociais que, conforme vimos no capítulo anterior, permeiam a instituição da doença. Não há intenção, no caso, de fazer uma história linear ou mesmo estrutural da LER/DORT no Brasil, mas de descrever alguns acontecimentos que estão presentes em textos médicos, legais e sindicais publicados nesse período, os quais contribuíram para configurar essa doença como uma doença ocupacional.

#### **1. Organização dos trabalhadores e transformação da tenossinovite em doença do trabalho**

A dissertação *Tenossinovite como doença do trabalho no Brasil: a atuação dos trabalhadores*, de Lys Ester Rocha (1989), é um texto imprescindível para o entendimento do fenômeno da LER/DORT no Brasil, na medida em que inaugura um novo modo de investigar a relação entre enfermidade e trabalho, ressaltando as articulações entre medicina e sindicalismo. Do ponto de vista metodológico, a autora adota um estilo descritivo de cunho nitidamente etnográfico, no qual se destaca seu engajamento de pesquisadora na investigação, conduzida nos moldes de uma observação

participante voltada para a performance dos técnicos preconizada pelo modelo da "saúde dos trabalhadores"<sup>7</sup>.

Ao descrever a luta da categoria de trabalhadores em processamento de dados na transformação da "tenossinovite" em doença do trabalho no Brasil, o texto nos mostra também acontecimentos e performances de outros atores e agências, igualmente envolvidos nessa transformação. Desse modo, é possível observar alguns dos mesmos elementos ou fatores sociais que vimos no capítulo anterior e que são instituintes de uma doença ocupacional, como aspectos da organização do trabalho e dos trabalhadores, reivindicações de sindicatos, crença e interesse de médicos e outros profissionais de saúde na doença, existência de órgãos públicos que atuem através de leis e normas para a saúde dos trabalhadores, governos ou partidos com políticas de bem estar social, assim como certos elementos clínicos que instituíram a LER/DORT no Brasil.

Deve-se ressaltar a importância da posição da autora, médica do trabalho, sanitarista e ergonomista, auditora em saúde do trabalhador do Ministério do Trabalho. O trabalho começa, como ela própria afirma, como uma ação inovadora do Ministério do Trabalho em São Paulo, que propicia uma interação entre médicos auditores e representantes sindicais da categoria de processadores de dados:

Este estudo surgiu do trabalho conjunto do Sindicato dos Empregados de Empresas de Processamento de Dados do Estado de São Paulo com a Divisão de Segurança e Medicina do Trabalho da Delegacia Regional do Trabalho de São Paulo, que a partir de 1985 tem contado com a participação dos trabalhadores nas suas atividades (Rocha, 1989: III).

É um momento político em que o país começa a discutir a participação dos próprios trabalhadores na melhoria das condições de trabalho e o modelo alternativo que

---

<sup>7</sup>Ver MENDES, R. & DIAS E. C. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 5, n. 25, p. 341-9, set. 1991.

surge é o da "saúde do trabalhador", o qual preconiza como "tipo ideal" de pesquisador aquele técnico que comunga seu saber com os verdadeiros anseios dos trabalhadores<sup>8</sup>:

Esse horizonte ampliado levou à constatação de que o conhecimento dos trabalhadores deve ser sempre captado e que os técnicos, médicos do trabalho, engenheiros de segurança e outros profissionais que trabalham nesta área deveriam se preocupar em desenvolver mecanismos de identificação deste conhecimento (Rocha, 1989:III)

Essa posição facilitava em muito a coleta e a seleção de informações pela autora junto aos principais atores envolvidos no processo; mas, além disso, a própria autora inscreve-se no fenômeno como porta-voz desses atores, legitimada pela comunhão de interesses e dispondo das condições para registrar o desempenho destes, do ponto de vista da investigação científica que conduzia. Assim, enquanto portadora de uma "autoridade científica", ordena uma sucessão de acontecimentos e apresenta uma verdade coletiva.

Neste projeto, eu ganhei mais um saber: o valor dos "pequenos cuidados", da atenção carinhosa de cada um que foi cooperando, contribuindo com seu pedacinho para a construção deste estudo. Os tijolinhos vieram na forma de presentes singelos: alguns me oferecem sua hospitalidade, outros efetuaram os contactos, uns acharam um artigo interessante e me entregaram, muitos responderam às minhas perguntas curiosas e outros transcreveram as respostas... (ib.I).

### **1.1. A "saúde do trabalhador" e o contexto sindical**

O surgimento da LER no Brasil ocorre na segunda metade dos anos 1980, num contexto político nacional definido pela autora como "um momento crítico", um período de mudanças em que "convivem diferentes pontos de vista e formas de

---

<sup>8</sup> Sobre esse aspecto, ver a própria autora, nas páginas em que se refere a Asa Cristina Laurell.

atuação, tanto nas instituições quanto nos sindicatos" (Rocha, 1989:I)<sup>9</sup>. Há um "avanço do movimento sindical", identificado pela "incorporação da luta pelas melhorias das condições de saúde e trabalho" dentre as costumeiras reivindicações salariais para repor mensalmente a inflação na época e uma "crise" da previdência social, "alvo de severas críticas por parte dos trabalhadores e de alguns profissionais de saúde" (ib.:I).

A análise de Rocha inicia-se pela sua própria tradição de médica do trabalho, para ressaltar que, até a metade do século XX, a "saúde ocupacional" era o modelo hegemônico dos profissionais de saúde no trabalho, um modelo que foi proposto aos países membros pelo Comitê Misto OIT-OMS em Genebra, em 1950. Este modelo "ampliou a atuação antiga da medicina do trabalho, que se voltava principalmente para o tratamento dos doentes" e "passou a avaliar não apenas o indivíduo, mas o grupo de trabalhadores expostos e não expostos a agentes patogênicos, visando agir no nível da prevenção" (ib.:47).

O modo de ver da "saúde ocupacional", embora preconize uma abordagem coletiva, reduz esse coletivo através do conceito de *exposição*, vê o *trabalho* somente como "um problema ambiental", apenas como uma das variáveis no fenômeno do adoecimento. Para resgatar as "possibilidades do trabalho" enquanto uma categoria "histórica, social e dinâmica", não devemos ater-nos simplesmente ao caso individual do doente particularizado, devemos tentar ultrapassar o homem visto como um hospedeiro num ambiente físico e quantitativo, como faz a saúde ocupacional (ib.:47). Nesse sentido, os ensinamentos do médico e filósofo italiano Giovanni Berlingüer (1978), iluminam a doença como um processo coletivo e inserida nas relações entre o homem, o trabalho e a natureza:

---

<sup>9</sup> Refere-se ao período da Nova República e ao governo de José Sarney, em que se elabora uma nova Constituição Nacional e os trabalhadores ampliam o espectro de suas reivindicações, inclusive com pautas de melhorias das condições de trabalho, saúde e previdência social.

As doenças são diferentes segundo as épocas, as regiões e os estratos sociais. São, quase certamente, um dos espelhos mais fiéis e mais dificilmente elimináveis, porque são resultantes do modo como o homem se relaciona com a natureza, da qual é parte, através do trabalho, da técnica e da cultura, isto é, através de relações sociais determinadas, e aquisições científicas historicamente progressivas (Berlingüer citado por Rocha, 1989:46).

Além de Berlingüer, a médica sanitaria mexicana Asa Cristina Laurell, cujo pensamento em saúde e trabalho foi bastante influente na década de 1980, também considerava que "a natureza social da doença não se verifica no caso individual, mas no modo característico de adoecer e morrer dos grupos humanos" (Laurell, citada por Rocha, 1989: 46). Um enfoque mais pragmático foi preconizado pela OPAS (Organização Pan Americana de Saúde), através de um programa de ações denominado "saúde dos trabalhadores". Os parâmetros deste programa, conforme a OPAS:

[...] inclui os da saúde ocupacional, concentrados tradicionalmente na identificação e controle dos riscos profissionais dentro dos ambientes de trabalho e agrega à compreensão das relações trabalho-saúde uma visão do tipo estrutural da ocupação como determinante social deste processo" (OPAS, 1983, citado por Rocha, 1989:48)

O desdobramento desta proposta gera duas conseqüências:

[...] a primeira é a percepção de que os trabalhadores devem participar na resolução dos seus problemas e a segunda é que a avaliação do ambiente de trabalho deve abranger aspectos da organização do trabalho e da qualidade de vida dos trabalhadores (Rocha, 1989:49-50).

A perspectiva da "saúde do trabalhador" não prescinde de outros conhecimentos disciplinares, como a Ergonomia (um conjunto de conhecimentos relativos ao homem, às ferramentas, às máquinas e aos dispositivos "que possam ser utilizados com o máximo de conforto, segurança e eficácia" durante o trabalho (ib.: 49), assim como a *organização do trabalho*, que compreende "a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa, o sistema hierárquico, [...] responsabilidades, formas de remuneração,

horários de trabalho..." etc. Além disso, outro aspecto realmente inovador foi a performance do técnico, que deveria envolver a participação junto aos trabalhadores tanto na melhoria das condições do próprio local de trabalho quanto junto às suas representações sindicais nas reivindicações coletivas (ib.:50).

Desde 1976, ano da criação do programa internacional para melhoria das condições de trabalho da OIT (PIACT), conforme relembra a autora, já havia entre suas "orientações básicas" a meta do fortalecimento de mecanismos que garantissem "o livre exercício do direito de organização sindical e participação dos trabalhadores nas melhorias das condições e do meio ambiente de trabalho" (ib.:50).

Nessa mesma linha, outra experiência importante para alguns técnicos (sobretudo de órgãos públicos) e sindicalistas foi a "experiência italiana". O entendimento adotado pelos trabalhadores da Itália a partir de 1960 era que uma "realidade produtiva" deveria ser modificada por eles mesmos, juntos em sua organização sindical<sup>10</sup>. Essa posição sustenta-se em "dois princípios fundamentais": "não delegar" competências, o que "significa não confiar ao empregador ou aos seus técnicos o controle dos efeitos nocivos do trabalho sobre o homem" e a "validação consensual", em que "o estabelecimento dos limites da intensidade do trabalho é feito pelos próprios trabalhadores" (ib.:50). O artigo 9 do Estatuto dos Trabalhadores da Itália de 1970, garante que "os trabalhadores, mediante sua representação, têm o direito de controlar a aplicação de todas as medidas encaminhadas para vigiar a saúde e sua integridade física" salienta Rocha, e "representa, talvez, a mais avançada conquista que o movimento operário tenha conseguido obter a nível legislativo" (ib.:51). No Brasil, ela conclui, as ações de "saúde do trabalhador" sob "esta nova compreensão da relação trabalho/saúde é acompanhada de mudanças nos estudos de universidades e

---

<sup>10</sup> Vários médicos do trabalho do quadro de auditores do Ministério do Trabalho foram ver, *in loco*, os resultados dessa política, como parte de programas de estágios e treinamentos desenvolvidos pelo Governo de São Paulo e Bahia, durante a década de 1980.

nas ações dos serviços de saúde e dos sindicatos", entre elas a "implantação de Programas de Atenção à Saúde dos Trabalhadores na rede de serviços públicos" (ib.:51)

## 1.2 Associação entre sindicalismo e medicina

Ao final dos anos 1970 o movimento sindical brasileiro começa a "atuar de forma mais organizada e sistemática em relação à questão saúde/trabalho" (ib.:66). Em 1980 foi criado o DIESAT (Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho), que promove cursos e seminários em todo o país e critica a política de monetarização dos riscos ocupacionais em vez de melhorar as condições de trabalho e prevenir o adoecimento dos trabalhadores. Essa mudança de postura sindical é "acompanhada pela formação de comissões ou departamentos de saúde e trabalho nos sindicatos, com a contratação de médicos e engenheiros" (ib.:67).

Os novos médicos contratados pelos sindicatos, que num passado bem recente se dedicavam apenas ao atendimento ambulatorial de casos individuais, tornam-se "assessores sindicais em saúde". Nesse sentido, é exemplar o caso do poderoso "Sindicato dos trabalhadores nas indústrias metalúrgicas e mecânicas e de material elétrico de São Paulo", que advoga como funções de uma assessoria sindical as seguintes:

Assessoria à diretoria do sindicato; realização de investigação diagnóstica de trabalhadores com suspeita de doenças profissionais; avaliação de trabalhadores acidentados ou doentes que tenham sido demitidos para verificar se têm direito à garantia de emprego; realização de visitas de inspeção em fábricas; orientação de cipeiros<sup>11</sup>; elaboração de material de imprensa e comunicação (ib.:67).

---

<sup>11</sup> Membros da CIPA – Comissão Interna de Prevenção de Acidentes, conforme NR 05, Portaria 3214/78 do MTE, que regulamenta o art. 163 da CLT. A CIPA é composta de parte de trabalhadores eleitos e parte indicada pelo patronato. É organizada, obrigatoriamente, em todos os estabelecimentos de empresas urbanas e rurais, conforme o número de empregados e a atividade econômica desenvolvida.



Torna-se evidente que um instrumental médico põe-se à disposição dos sindicatos para garantir direitos dos trabalhadores definidos na nova Constituição. A atuação médica nos moldes assistencialistas do passado dá lugar a uma dimensão epidemiológica de atuação. Por exemplo, "estabelece-se a estratégia de que a partir de casos de portadores de doenças do trabalho que comparecem ao sindicato para atendimento, convoca-se os colegas do mesmo setor para reuniões, informando-lhes os riscos" (ib.:70).

Outra característica que o movimento sindical adquiriu foi a introdução das "negociações coletivas" em suas relações com o patronato. Enquanto num primeiro momento observa-se que o sindicato "centrou suas atividades em pedidos de reformas sociais do Estado, ao invés de apresentar reivindicações ao empregador", num segundo momento "há uma expansão da negociação coletiva que se expressa pelo aumento substancial do número de acordos coletivos", com expressiva ampliação de seus conteúdos (ib.:68). Cada vez mais, os acordos trazem "cláusulas específicas quanto às questões de saúde", compreendidas como estabilidade no emprego para os trabalhadores acidentados, complementação salarial além do benefício previdenciário durante o afastamento do trabalho, adoção de métodos individuais e coletivos de proteção do trabalho, regulamentação de atestados médicos etc. (ib.:69).

Há também "uma maior permeabilidade" de certos órgãos do Estado à participação dos sindicatos de trabalhadores em suas ações e competências. Em São Paulo, conforme Rocha, ocorrem "modificações nas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, na Previdência Social e no Ministério do Trabalho", a partir de 1985, que incorporam "ações de saúde ocupacional na rede de serviços públicos" em programas de atenção à saúde dos trabalhadores, uma política que mais tarde difundiu-se em vários municípios do estado (ib.: 70).

A partir de 1986, a Divisão de Segurança e Medicina do Trabalho (DSMT) da Delegacia Regional do Trabalho (DRT) de São Paulo, o órgão local do Ministério do Trabalho com poder de polícia para fiscalizar a saúde e a segurança dos trabalhadores nos locais de trabalho, definiu que parte de seus técnicos, médicos e engenheiros do trabalho atenderia somente demandas de sindicatos de trabalhadores e fiscalizaria principalmente empresas com maiores riscos de acidentes e de adoecimento dos empregados. Além disso, um pequeno grupo de auditores resolveu permitir o "acompanhamento de representações sindicais no ato da inspeção do trabalho", conforme a Convenção 148 da OIT e, ao invés das multas e notificações costumeiras, eles decidiram negociar, de modo tripartite, as mudanças necessárias para atender aos problemas de saúde reivindicados pelos sindicatos e detectados durante a inspeção (ib.:72).

Em resumo, referindo-se a 1989, Rocha sistematiza as principais linhas de ação que caracterizava as estratégias de parte do movimento sindical urbano naquele momento:

O movimento sindical brasileiro, hoje, tem tido uma atuação crescente em relação à luta por melhores condições de saúde e trabalho. Esta maior atuação poderia ser colocada em três planos: o primeiro, no nível das negociações coletivas, ou seja, através da pressão direta sobre o empregador, buscando incluir maior número de itens de saúde nos acordos ou convenções. O segundo, através da pressão sobre as instituições estatais para a reestruturação do Sistema de Atenção à Saúde do Trabalhador e de fiscalização dos ambientes de trabalho. O terceiro, objetivando aumentar a conscientização dos trabalhadores, através da difusão de informações sobre os riscos e da organização dentro das empresas (via CIPA ou Comissões de Saúde) (ib.: 73).

Naturalmente, havia dificuldades grandes, como a falta de estabilidade no emprego para os sindicalistas e a luta constante contra os baixos salários que consumia grande parte das atividades sindicais; o assistencialismo e a monetarização dos riscos ainda era vigente em muitos sindicatos, mas, mesmo assim, as experiências apontadas

permitiram que uma organização particular, a categoria dos profissionais de processamento de dados, se organizasse e conquistasse o reconhecimento da tenossinovite como uma doença do trabalho (ib.:74).

### **1.3 A tenossinovite dos digitadores e o método epidemiológico dos cipistas**

Rocha registra que “a associação entre o trabalho de digitação e a tenossinovite surgiu pela primeira vez em um Centro de Processamento de Dados do Banco do Brasil em 1982” em Porto Alegre (ib.:101). Para mostrar a atuação dos trabalhadores no reconhecimento da LER pela Previdência Social, essa autora toma como ponto de partida a saga de Antonio Jane Cardoso, psicólogo, representante da CIPA estadual da categoria profissional de “processadores de dados”. Em 1982, Cardoso alertou pela primeira vez à administração do banco que atentasse para o número cada vez maior de “digitadores que compareciam ao serviço com braço engessado e tinham afastamento [do trabalho] por tenossinovite” (ib.:101).

O serviço médico do Banco do Brasil investigou o problema e constatou que havia nove casos com tais manifestações registrados em seus arquivos. Alguns meses depois, em um colóquio com chefes de serviços de outras filiais de outros estados, o médico-chefe de Porto Alegre comentou seu achado com colegas, mas nenhum deles observara nada semelhante entre os bancários de seus Estados; foi então “aventada a hipótese de simulação, sem maiores consideração sobre o assunto” (ib.:101). Essas negativas, entretanto, não esmoreceram o cipista Cardoso:

[Ele] continuou a pesquisar o assunto, realizou revisões bibliográficas, conversou com médicos e com os digitadores que o procuravam com dor no punho, decidiu entrar em contacto com colegas da CIPA de São Paulo e Curitiba, que desconheciam a doença, mas que relataram casos de digitadores que também apresentavam uso de tala ou o braço engessado. (ib.:102).

Cardoso investiga o problema a partir do conhecimento médico e da experiência clínica de profissionais, de narrativas da experiência de enfermidades, do conhecimento epidemiológico etc. Em 13/10/82, numa carta dirigida à CIPA estadual, refere-se à situação em Porto Alegre como "dramática":

(...) os trabalhadores com tenossinovite já eram 24 e um deles fora classificado como crônico, o que poderia significar incapacidade permanente para o trabalho com as mãos e que, além de lesionados fisicamente, os funcionários atingidos sofriam a humilhação da suspeita de que estavam simulando a doença, levando-os a um clima de ansiedade e extremo desconforto psicológico. [...] Nesta época, os médicos de Porto Alegre reconheciam o quadro da doença, mas não associavam com o trabalho de digitação (citado por Rocha, 1989:102-3).

Assim, ele descobre também que, além de dor e incapacidade, o paciente sofre a suspeita da simulação pela subjetividade dos sintomas. Este caráter valorativo dificulta ainda mais o levantamento dos casos. Em 1983, uma comissão de cipistas escolhida com a missão específica de avaliar os prontuários médicos de trabalhadores do banco no Estado do Rio Grande do Sul levantou 57 casos de tenossinovite registrados no serviço médico nos últimos dois anos. O itinerário terapêutico e previdenciário definido para os doentes era o seguinte:

O serviço médico [do banco] tinha convênio com a Previdência Social para o atendimento de acidente do trabalho e classificava os casos de auxílios-doença como benefícios previdenciários, isto é, não decorrentes de doença do trabalho. Foi constatado que o Serviço Médico não recebia informações com relação a funcionários que procuravam os médicos credenciados e não solicitavam licença-saúde, e dos digitadores que eram transferidos rapidamente de setor por apresentarem a doença (ib.:102-3).

A tenossinovite já era então reconhecida pelo médico do trabalho do banco mas, para fins de pagamento de benefícios previdenciários aos doentes, era considerada uma "doença comum", sem relação de causalidade com o trabalho. Nessa mesma época, em São Paulo, o estado com o maior número de trabalhadores envolvidos na

atividade de digitação, a mesma inquietação que acometeu Cardoso no Rio Grande do Sul manifestou-se em outra trabalhadora cipista. Escreve Rocha:

Em 1983, uma digitadora do CESEG de São Paulo, mesmo desconhecendo a situação do Rio Grande do Sul, fez um trabalho sobre tenossinovite no qual descrevia o conceito, os fatores que causam a doença, o quadro clínico e o tratamento. Além disso, fez uma pesquisa com 42 digitadores, observando que 22 tinham queixas de dor no braço. Ela correlacionou com o tempo de trabalho, o tipo de máquina e do documento. No final, concluiu que determinada marca de equipamento oferecia melhores condições de trabalho e recomendava o uso de apoio para os pés e para as mãos. (ib.: 104).

Em São Paulo, a orientação administrativa do Banco era que fossem remanejados de setor todos os digitadores que tivessem afastamento do trabalho decorrente de tenossinovite. "As transferências eram efetuadas assim que apareciam os primeiros sintomas", para impedir "a evolução para as formas mais graves da doença" (ib.:104). Essa prevenção pela rotatividade da mão de obra, entretanto, como veremos a seguir, não foi suficiente para sanear o problema.

No Rio Grande do Sul, no final de 1983, a "Associação de Profissionais de Processamento de Dados" (APPD), que compreendia trabalhadores digitadores de outras empresas além do banco estatal, formou uma "comissão de saúde" composta por três representantes, entre eles Antonio Jane Cardoso, para averiguar a presença de casos de tenossinovite na atividade profissional do Estado. "As atividades da comissão de saúde consistiam em entrevistar digitadores portadores de tenossinovite e estudar o assunto através de revisão bibliográfica" (ib.:105). Desse modo, os sintomas de cada história individual sedimentavam-se como experiência coletiva da doença, sistematizada nos moldes preconizados pelo instrumental clínico e epidemiológico:

Em 1984, as reuniões semanais da Comissão de Saúde na APPD/RS foram muito importantes, porque, através dos depoimentos, foi se formando a convicção de que a doença estava associada com a atividade de digitação. Os lesionados (portadores de tenossinovite)

associavam a doença com a forma como o trabalho era executado. Eles mencionavam a questão da quantidade de toques e o estímulo à competitividade. Relatavam que determinadas empresas tinham um quadro do melhor digitador do mês, pagavam abonos no salário de acordo com a produtividade, forneciam dias de folga, possibilidade de escolha do mês de férias, tudo com o intuito de aumentar a produção. Com relação à duração da jornada eram comuns as horas extras e, nos momentos de pico de produção, as pessoas tinham que ficar até terminar todo o serviço, tendo às vezes que usar medicamentos para manterem-se acordadas (ib.:105).

As narrativas de experiências da doença e os excessos na organização do trabalho de digitação são, então, esmiuçados no sentido de buscar evidências da tenossinovite como uma doença decorrente das condições de trabalho. O resultado dessas elaborações foi apresentado no quinto congresso nacional da categoria, realizado em Belo Horizonte, em 1984, como um estudo intitulado *Tenossinovite: uma doença profissional dos digitadores*<sup>12</sup>. Sobre o teor dessa apresentação, afirma Rocha:

Era um estudo constituído por dados bibliográficos sobre a doença; relato de digitadores lesionados; atitudes mais comuns das empresas diante da doença; parecer sobre o aspecto legal do encaminhamento da doença como acidente do trabalho; sugestões sobre uma possível profilaxia; conclusões e recomendações. (ib.:106).

Do ponto de vista das empresas, Rocha informa que a atitude perante os casos da doença variava: algumas "desconheciam" o problema, consideravam a dor no braço e a inchação no pulso como um incômodo "normal" de trabalho; outras aceitavam a doença mas recusavam-se a relacioná-la ao trabalho; outras ainda simplesmente repassavam o problema para a Previdência Social (ib.:106).

A tese principal defendida por Cardoso era que a tenossinovite decorrente da digitação poderia ser classificada como uma doença do trabalho, ou melhor, como um acidente do trabalho, nos termos do artigos 2º e 3º da Lei 6367/76, que

---

<sup>12</sup> Cardoso, AJ. Tavares, JAD. Castro, CAJ. Tenossinovite: uma doença profissional dos digitadores. Porto Alegre, SINDPD/RS. In: V Congresso Nacional de Profissionais de Processamento de Dados. Belo Horizonte, 1984.

regulamentava direitos e benefícios de trabalhadores vitimados por acidentes do trabalho ou doenças ocupacionais. Em sua conceituação de acidente, lembra Rocha, a Lei "divide as doenças do trabalho em dois grupos: doenças profissionais, cujos agentes [causais] constam de relação do MPAS, e doenças do trabalho, que necessitam de comprovação do nexo causal para serem reconhecidas" (ib.:34).

#### **1.4 A idéia da LER**

O ano de 1986 é considerado por Rocha como um marco para os profissionais de processamento de dados, pois, além de "conquistarem espaço na imprensa e outros meios de comunicação" conseguem fazer seu primeiro "congresso nacional" e manter, entre janeiro e setembro desse ano, reuniões mensais de uma comissão nacional para discutir e propor soluções aos "problemas de saúde" da categoria. É também o ano em que finalmente conquistam o direito ao "reconhecimento da tenossinovite como doença do trabalho nas atividades com exercícios repetitivos" (ib.:111).

O primeiro Congresso Nacional de Saúde da categoria proclamava os seguintes objetivos expressos:

[...] a definição de uma Política Nacional de Saúde relativa à área de processamento de dados e o esclarecimento da opinião pública e dos PPD sobre o processo de trabalho em processamento de dados e suas conseqüências para a saúde. Por outro lado, visava sensibilizar as instituições públicas nacionais (Ministério do Trabalho, FUNDACENTRO) e internacionais (OIT, FIET) para a questão das doenças profissionais em processamento de dados (ib.:112).

O carro-chefe dessa mensagem sobre o adoecimento de trabalhadores provocado pela digitação não era a tenossinovite, mas as "lesões por esforços repetitivos", segundo o disposto nos três painéis temáticos (inclusive seus personagens), de acordo com Rocha:

O primeiro, com o tema das Lesões por Esforços Repetitivos: Diagnóstico e Tratamento, do qual participaram médicos ortopedistas do Rio Grande do Sul, Distrito Federal e Rio de Janeiro; o secretário Regional de Medicina Social do INAMPS/SP<sup>13</sup> e o Diretor Técnico do DIESAT/RS...

O segundo painel foi sobre Doenças Profissionais em PD: Enquadramento e Prevenção, com a presença de Médicos, Engenheiros, representantes da Secretaria de Segurança e Medicina do Trabalho (SSMT), DIESAT/RS e o Presidente do SINDP/RJ.

O terceiro painel abordou o tema Condições de Trabalho em Processamento de Dados, com a participação de ergonomistas, médicos ortopedistas e médicos do trabalho e do vice-Presidente da APPD/RS (ib.:112).

Conforme a autora acentua, as conclusões desse encontro trazem, "em primeiro lugar", "a compreensão de que a doença apresentada pelos digitadores não se restringia ao quadro clínico da tenossinovite, mas abrangia outras lesões dos membros superiores" (ib.:113). E acrescentam que "a tenossinovite é apenas uma das doenças dos digitadores" e que "várias outras também têm provocado males da mesma ou maior gravidade". Em seguida, recomendam que se caracterize essas doenças profissionais como LER – Lesões por Esforços Repetitivos (ib.:240). "Esse nome foi usado pela primeira vez por Antonio Cláudio Mendes Ribeiro, médico assessor da APPD/RS, no I Encontro Estadual de Saúde", lembra Rocha, como tradução de RSI - *Repetitive Strain Injuries*, sigla adotada na Austrália e Inglaterra para essa enfermidade (ib.:113).

O encontro debateu e sistematizou propostas vindas de encontros estaduais, intercaladas por depoimentos vívidos de experiências da enfermidade feita por trabalhadores doentes, com a estratégia de sensibilizar seus participantes sobre a doença e para que retornassem a suas bases dispostos a uma atuação política sindical forte e unificada:

---

<sup>13</sup> INAMPS, Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social, a quem competia, através de médicos contratados ou terceirizados, o estabelecimento do nexo causal entre acidente e lesões.



[...] a partir deste encontro, as associações e sindicatos formam comissões de saúde e decidem por um trabalho mais sistemático frente às questões de saúde, principalmente quanto à LER. Este trabalho era efetuado anteriormente apenas no Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro. Uma outra característica do encontro foi a participação de grande número de digitadores lesionados, que com seus depoimentos mostraram a gravidade da situação (ib.: 114).

O resultado das discussões apontava pelo menos três direções para essa luta: a conscientização do trabalhador, da sociedade e das próprias organizações de trabalhadores:

A primeira compreendeu a informação dos riscos de LER para os digitadores. Muitos, em seus depoimentos, deixavam claro que se existe a doença, o digitador tem de conhecê-la antes de entrar para a digitação.

A segunda representou a busca de um envolvimento maior da sociedade frente ao problema, através de uma ação efetiva para a prevenção da doença dentro das empresas, no MPAS e no MTb.

A terceira era quanto à organização dos próprios profissionais de processamento de dados em comissões de saúde na empresa, sindicato e a nível nacional para garantir o reconhecimento da LER pelo MPAS, a prevenção da doença e a estabilidade dos lesionados (ib.:114).

O congresso também propiciou o encontro de médicos ortopedistas, os "especialistas" em tenossinovite e outras lesões músculo-esqueléticas, com médicos da Secretaria de Medicina Social do INAMPS, cuja competência era a assistência médica aos casos de acidentes e doenças ocupacionais, desde a definição do diagnóstico até o estabelecimento do nexos causal clínico com o trabalho.

Além de aspectos médicos e previdenciários, abordou-se as "condições de trabalho em processamento de dados" que fomentavam o sofrimento da categoria, com a participação de ergonomistas, ortopedistas, médicos do trabalho e trabalhadores participantes do congresso. E, para abordar o "Enquadramento e Prevenção" da LER,

estavam presentes médicos e engenheiros do Ministério do Trabalho, cuja competência institucional era legislar e fiscalizar a prevenção ocupacional desse tipo de acidente ou doença nas empresas.

Nas conclusões do encontro estava a definição de recomendar às empresas que, diante de um caso de tenossinovite ou outro tipo lesão musculoesquelética que pudesse estar relacionada à repetitividade das tarefas, elas apoiassem-se na Lei 6367/76 e notificassem o caso, através de CAT (Comunicação de Acidente de Trabalho), à Previdência Social, nos moldes de um acidente do trabalho (ib.:242).

No que se refere à organização do trabalho, os principais pontos ressaltados são o controle direto e indireto da quantidade diária de toques dos digitadores, a introdução de pausas durante a jornada de trabalho e a orientação para cada regional desencadear uma "campanha intensa buscando acabar com horas extras dos digitadores", "lutando pela extinção gradativa do trabalho noturno" e advertir aos digitadores que trabalham em dois empregos sobre o risco maior de adoecer. Nesse sentido, também propõem campanhas de alerta para os trabalhadores sobre o uso de estimulantes, analgésicos e outras drogas "que possam provocar sensações de conforto e atenuar as más condições de trabalho" (ib.:241).

O terceiro leque de conclusões refere-se à divulgação das "informações sobre saúde": é preciso informar aos trabalhadores da própria categoria o que é a doença; é preciso "que a comissão de saúde das APPD" leve "ao conhecimento de todos os digitadores e funcionários de processamento de dados o que é tenossinovite e quais são os problemas de saúde que atingem os profissionais da nossa categoria" (ib.:242).

Define-se, também, a necessidade de incentivar "as ações sindicais de saúde", seja no âmbito das empresas, como no item que preconiza "buscar, nas pautas de reivindicações, a criação de comissões de saúde" de modo que envolva "a

representação dos sindicatos, associações e CIPA", seja num plano mais amplo, ao recomendar às "APPD estaduais que se mobilizem no sentido de acompanharem os efeitos na saúde dos trabalhadores das mudanças tecnológicas..." etc. (ib.:242).

### **1.5 As comissões de saúde**

As comissões de saúde nos estados foram outra estratégia vitoriosa apontada por Rocha no reconhecimento previdenciário da tenossinovite. Eram coordenadas por uma comissão nacional e organizaram-se a princípio nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul, Paraná, Pernambuco, Goiás e o Distrito Federal. Cinco meses após o Encontro Nacional, a "luta pelo reconhecimento da tenossinovite" já estava organizada em comissões sindicais de saúde em sete estados, contavam com várias assessorias (compostas por médicos, psicólogos, ergonomistas etc.) e o ponto de "maior preocupação" era o "reconhecimento pelo MPAS da tenossinovite como doença profissional" (ib.:116).

O trabalho da comissão estadual do Rio de Janeiro (CES/RJ) é pormenorizado por Rocha para ilustrar as reivindicações e articulações sindicais que culminaram com a emissão da Circular INAMPS de 07/11/86. Desde o final de 1985, a CES/RJ tentava sem sucesso um contato com a Coordenadoria de Acidente do Trabalho do INAMPS e com a Secretaria de Benefícios do INPS do Rio de Janeiro, que na época eram as instâncias de decisão máxima para esse assunto dentro da Previdência Social (ib.:124).

Em 26/01/86, o Jornal do Brasil publicou uma "reportagem que repercutiu em todo o Brasil, com artigos republicados nos jornais de outros Estados" (ib.:124). Após essa ressonância da doença na mídia, a categoria dos digitadores recebeu o "apoio de médicos do INPS, Federação dos Médicos, Fundação Osvaldo Cruz (FIOCRUZ) e de Advogados" do Rio de Janeiro (ib.: 124). Aproveitando-se do calor do assunto na

mídia, um grupo de digitadores doentes, que se reunia semanalmente na APPD/RJ, resolveu enviar uma carta ao Presidente da República que "descreve a situação dramática de estar com dor, sem esperança de cura, e com o INPS fazendo-os retornar ao trabalho" (ib.:124). No mês seguinte, uma comissão com cerca de trinta digitadores do SERPRO/RJ junta-se a um deputado federal para apresentar um projeto de lei que regulamentasse "a caracterização da tenossinovite como doença profissional" (ib.:125). Em abril, o SINDPD/RJ vai a uma audiência no gabinete do Ministro da Previdência, expõe "a necessidade do reconhecimento" e entrega uma "bibliografia com estudos realizados pelo Rio Grande do Sul e pelas centrais sindicais da Europa" (ib.:125). Mesmo assim, o Jornal do Comércio publica entrevista com o ministro, que afirma desconhecer o assunto. Em julho de 1986, "os digitadores lesionados do Rio de Janeiro enviam nova carta ao Presidente José Sarney, na qual expunham todos os contactos infrutíferos mantidos com as instâncias administrativas do MPAS" (ib.:126).

Nesse período, várias comissões estaduais de saúde começaram a agir nas instâncias regionais do INAMPS e do INPS. Elas procuravam as coordenadorias, "levando material bibliográfico no sentido de pressionar o reconhecimento do nexo trabalho-doença". A resposta a essas iniciativas foi positiva em alguns estados. Por exemplo, "em Minas Gerais, após estudos dos próprios técnicos da Previdência Social, eles começaram a reconhecer os casos, independente de uma normatização mais geral" por parte da Previdência (ib.:126).

O INAMPS, através de sua Coordenadoria de Programas Especiais (CPE), decidiu "estudar a reivindicação com maior profundidade", solicitou pareceres técnicos "da FUNDACENTRO, da DRT, do INPS e de profissionais do INAMPS da área de ortopedia e traumatologia" e, "paralelamente", fez "levantamento bibliográfico junto à OIT e FUNDACENTRO" visando enfim atender às reivindicações (ib.:127).

Na fase final dos entendimentos sobre a elaboração da Circular, entretanto, o SINDP/RJ e a APPD/RJ, que mantinham "contactos permanentes" com a CPE e que propõem "a designação da doença como Lesões por Esforços Repetitivos (LER), especificando os quadros clínicos abrangidos" (conforme resolução do Encontro Nacional), encontraram resistências "dos ortopedistas do INAMPS", os quais insistiam em definir a lesão apenas como tenossinovite (ib.:128).

Paradoxalmente, outro ponto de divergência foi o enquadramento da tenossinovite apenas como doença profissional dos digitadores. "A Coordenadoria compreendeu que esta patologia não era específica dos digitadores, relacionando-a aos movimentos repetitivos que ocorrem em outras ocupações". Para a definição dessa natureza ocupacional da nova doença, a Circular estabelecia que, se necessário, deveria ser feita a investigação nexo-causal com vistoria no local de trabalho.

A Circular nº 10 de 07/11/86 afirma, logo em sua primeira consideração, que seu objetivo é "dirimir dúvidas suscitadas por algumas superintendências" estaduais do INAMPS, que estavam adotando condutas regionais variadas sobre a relação entre tenossinovite e trabalho. A seguir, define a condição de acidente da doença:

A tenossinovite, quando resulte de movimentos articulares intensos e reiterados, equipara-se, nos termos do artigo 2º, §3º, da Lei nº 6367 de 19/10/76 a um acidente do trabalho, fazendo jus o segurado, nesta hipótese, às prestações do respectivo seguro (Circular INAMPS nº 10 de 07/11/86, citado de Rocha, 1989:244).

Ou seja, toda vez que o diagnóstico de um caso de "tenossinovite" pela clínica associar-se com "movimentos articulares intensos e reiterados" na ocupação do doente, esse conjunto resultante equipara-se, nos termos da Lei, a um acidente do trabalho, conforme foi sempre a reivindicação da categoria de processamento de dados. A instrução seguinte é como reconhecer essa tenossinovite. Nesse sentido, a tenossinovite é caracterizada, "em suas fases iniciais, por dor e impotência funcional,

sintomas a que, posteriormente, poderão agregar-se edema e crepitação". Assim, através de alguns sinais cardeais não específicos da inflamação, são definidos os termos da lesão. Pelo fato de a "tenossinovite reconhecer diferentes etiologias" para definir a relação com o trabalho, ou o nexos causal, a situação é mais complexa: deverá haver uma "detalhada *anamnese* profissional" e a informação do paciente deve "ser confirmada em vistoria do local de trabalho" (Circular nº 10 de 07/11/86, citada por Rocha, 1989:244). Essa vistoria deverá observar, "entre outros, os seguintes fatores, responsáveis, isoladamente ou em conjunto, pela ocorrência de tenossinovite traumática (ocupacional)":

[...] intensidade e frequência dos movimentos articulares necessários à realização do trabalho; inadequação dos instrumentos de trabalho, obrigando o emprego de posturas e movimentos anormais dos segmentos corporais comprometidos na execução das tarefas; remuneração vinculada à produção, induzindo o trabalhador a prorrogar a duração normal da jornada de trabalho ou não se utilizar dos intervalos para repouso previsto em lei (Circular nº 10 de 07/11/86, citado por Rocha, 1989:244-5).

Neste trecho acima estão expostas as concepções iniciais de sentido médico e previdenciário da etiologia da tenossinovite como doença do trabalho. Por outro lado, definida inicialmente apenas pelos seus sintomas iniciais agudos e subjetivos, "dor e impotência funcional", ou pelos sinais físicos mais objetivos porém mais tardios de "edema e crepitação", a tenossinovite é descrita pela Circular como uma afecção, ou melhor, como

[...] todas as afecções que resultem de sobrecarga das bainhas tendinosas, do tecido peritendinoso e das inserções musculares e tendinosas, sobrecarga essa que, entre outras categorias profissionais, freqüentemente se expõem digitadores de dados, mecanógrafos, datilógrafos, pianistas, caixas, grampeadores, costureiras e lavadeiras (Circular nº 10 de 07/11/86, citado por Rocha, 1989:245).

A Circular não evita o termo tenossinovite, mas não deixa de reconhecer que a sobrecarga dos tendões e inserções musculares, voltando ao texto supracitado, não pode ser considerada uma prerrogativa dos digitadores. Assim, ela não pode

particularizar uma única categoria profissional e abre a possibilidade etiológica da doença também para outras categorias profissionais que realizam atividades que envolvem sobrecargas musculares e tendinosas.

No parágrafo final, a Circular recomenda sua ampla divulgação entre as "equipes de acidentes do trabalho da SR [Superintendência Regional], da Divisão/Serviço local de Medicina Social e dos Serviços de Medicina Social e junto aos médicos de atendimento do INAMPS, inclusive os de empresas convenientes" (Circular nº 10 de 07/11/86, citado por Rocha, 1989:245).

Enquanto isso, certas mudanças políticas ampliaram as interações e as parcerias entre sindicatos e alguns estados. Por exemplo, em fevereiro de 1987, o SINDPD-SP publicou um manual intitulado *Doenças profissionais em processamento de dados*, destinada à orientação dos trabalhadores da categoria, que teve o apoio expresso da Secretaria Estadual das Relações do Trabalho do Governo de São Paulo. A secretária à época, Alda Marco Antonio, faz a apresentação desse manual, que demonstra uma abertura do Estado de São Paulo para as novas demandas sindicais de trabalhadores, sublinhando a emergência de uma nova política para a categoria dos digitadores:

[...] a luta de uma categoria "moderna", da era do computador, pelo reconhecimento e conseqüentemente prevenção de uma nova modalidade de doença profissional, a saber, a sinovite, tenossinovite e tendinite que ameaçam os trabalhadores em processamentos de dados, cerca de 90.000 em São Paulo (Marco Antonio, 1987:1).

Na ocasião, a secretária expressa seus "votos" de que aquele "manual pioneiro" "circule amplamente entre os trabalhadores da categoria, empresários e órgãos públicos e se transforme num instrumento eficaz na defesa da saúde dos trabalhadores em processamento de dados em nosso estado" (ib.:1). E de fato, a partir desse manual, milhares de digitadores em São Paulo recebem informações clínicas e

epidemiológicas, não só sobre a tenossinovite, mas também sobre outras formas de lesões musculoesqueléticas que podem caracterizar-se como LER:

As lesões por esforços repetitivos que mais atingem os digitadores são: sinovite, tendinite, bursite, tenossinovite. A tenossinovite é hoje o tipo de lesão que mais atinge e preocupa os digitadores, em virtude do elevado número de casos constatados (aproximadamente 30% dos digitadores e em virtude dos danos causados por essa doença, que consiste na inflamação dos tendões de dedos e mãos e pode levar à imobilidade) (Gonçalves, 1987:3).

A informação fornecida pelo manual concilia linguagem médica e senso comum, com explicações médicas ilustradas por cortes anatômicos que mapeiam o sofrimento dos digitadores através da exposição da anatomia da mão e do punho, numa leitura etiológica, patogênica e sintomatológica da enfermidade. Milhares de cartilhas circulam levando essas informações entre trabalhadores e gestores de centros de digitação, CIPA, sindicatos, médicos do trabalho, jornais, revistas etc. Enfim, em 06 de agosto de 1987, o Ministério da Previdência assinou a histórica Portaria nº 4.062/87, que reconhece a "tenossinovite dos digitadores" como doença ocupacional, sustentada em três considerações: A primeira afirma que esse reconhecimento é uma proposta das "Secretarias de Previdência Social e de Serviços Médicos" do Órgão, que ouviram "os pareceres técnicos do Instituto Nacional de Previdência Social e do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social", provocada por uma demanda originada "do Sindicato dos Empregados em Empresas de Processamento de Dados do Estado do Rio de Janeiro" (Portaria 4.062/87, citada por Rocha, 1989:246). A segunda diz que a lesão decorrente de "esforço repetitivo peculiar à atividade de digitador" também pode comprometer outras categorias profissionais, "como datilógrafos e pianistas, entre outros, que exercitam movimentos repetitivos do punho". A última considera a relação previdenciária estabelecida entre a síndrome e as "condições especiais em que o trabalho é realizado" e, desse modo, aponta para o disposto no parágrafo 3º do art. 2º da Lei 6367/76 para configurar uma "DOENÇA DO TRABALHO", em maiúsculas como no texto da Lei, "assim entendida



a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado" (ib:246).

Após essas considerações, a Portaria determina medidas administrativas que devem regulamentar sua decisão. Entre elas, define a competência de estabelecer o nexo da lesão com o trabalho, nos moldes do acidente do trabalho, aos "setores médicos assistenciais do INAMPS e médico-pericial do INPS". Aponta também para os procedimentos médicos que deverão constar da investigação diagnóstica, assim como o exame do paciente no início da atividade e a avaliação das condições de trabalho, através de informações "obrigatoriamente fornecidas pela empresa a que pertencer o segurado, complementadas, se necessário, pelos setores competentes do INAMPS e/ou INPS". Essas informações devem incluir "carga horária, tempo na atividade, número de movimentos articulares por unidade de tempo, condições ambientais e materiais de trabalho" (Portaria 4.062/87, conforme Rocha, 1989:246).

## **2. A transformação médica da tenossinovite em LER**

Em São Paulo, imediatamente após a publicação da Portaria/87, Rocha foi a campo investigar os casos de tenossinovite registrados através de CAT pelos diversos postos do INPS na cidade de São Paulo no período entre novembro de 1986 a dezembro de 1987 e encontrou 284 registros. Ela observou que 90% dos casos eram de digitadores jovens, do sexo feminino (80%), que trabalhavam em empresas de processamento de dados (65%) ou bancos (11%). Além disso, observou também que mais de 90% deles tinham como diagnóstico tenossinovite e/ou tendinite e que apenas quatro casos (1.5%) tiveram o diagnóstico de LER (Rocha, 1990:35).

Além de analisar as CAT, a autora entrevistou médicos "coordenadores de acidente do trabalho" do INAMPS<sup>14</sup>, os quais tinham a prerrogativa da caracterização das doenças em acidentes do trabalho, e identificou uma série de dificuldades para estabelecer o diagnóstico ocupacional da tenossinovite. Por exemplo, todos os médicos entrevistados informaram que a instituição a que pertenciam não lhes havia informado sobre a Circular/86. "Alguns tinham tomado conhecimento de seu teor por meio de pacientes ou membro da Comissão de Saúde do SINDPD/SP que trouxeram a Circular ou pelos meios de comunicação" (ib.:32).

Ao estudar o verso das CAT, os campos do Laudo de Exame Médico (LEM) que devem ser preenchidos pelos médicos da rede de assistência ao efetuarem a notificação previdenciária do caso clínico, verificou que a "descrição do acidente" estava "em branco" em 72,5% dos casos (ib.:34). Entretanto, o campo do "diagnóstico clínico", de preenchimento obrigatório pelo médico, em mais de 90% dos casos estavam preenchidos com os termos "tenossinovite e/ou tendinite" (ib.:34). Era esse o nome pelo qual o fenômeno era reconhecido pelos médicos da rede que lidavam com doenças do trabalho.

Para a grande maioria dos pacientes, a localização dos sintomas avançava além dos dedos e do punho em direção aos membros superiores. Diz a autora:

Em primeiro lugar percebemos o predomínio das afecções no membro superior direito em relação ao esquerdo, o que pode ser explicado pela maior utilização deste membro no desempenho de tarefas manuais e repetitivas de alta velocidade. É necessário enfatizar que ocorreu o acometimento principalmente de todo o membro superior direito (59,4%<sup>9</sup>), sendo que a tenossinovite de punho apareceu em apenas 21,8% dos casos (ib.:34).

---

<sup>14</sup> Médicos do quadro funcional do INAMPS na época, cuja função era supervisionar a assistência médica prestada ao acidentado do trabalho e que incluía o controle do diagnóstico e do tratamento das doenças do trabalho, realizado principalmente pela medicina privada e conveniada.

Essas constatações de que os sintomas não se atêm às mãos e aos punhos instigam novas investigações para entender a história natural da doença. Da escassa literatura nacional sobre o tema, Rocha cita Carvalho (1986), que discorre sobre a "tenossinovite ocupacional", como uma doença com um "diagnóstico eminentemente clínico", que deveria ser "baseado na investigação da inter-relação do quadro clínico reumatológico apresentado e o tipo de atividade profissional exercida pelo paciente" (Carvalho, citado por Rocha, 1990:35). Além dele, cita Silva, que em 1988 apresentou no Seminário da Região Sudeste da ANAMT (Associação Nacional de Medicina do Trabalho) no Rio de Janeiro um painel intitulado *Lesões por esforços repetitivos* (ib.:35). A própria autora observara em estudo publicado em 1986, que os médicos do trabalho das empresa de processamentos de dados identificavam, principalmente, os seguintes "diagnósticos de LER" nos digitadores: "mialgias, tendinites, tenossinovite, síndrome do túnel do carpo, síndrome de De Quervain e cisto sinovial" (Rocha, 1986).

A experiência clínica e a literatura médica começam a mostrar que há uma diversidade de síndromes relacionadas ao trabalho repetitivo, constituindo-se como uma grande problemática médica e social da enfermidade. Para ajudar a pensar o problema, importa saber como as coisas vinham ocorrendo, no mesmo período, em outros países.

## **2.1 A inspiração australiana**

Na Austrália, de acordo com M. Awerbuch (1984), o problema fora resolvido depois de definir-se que as histórias natural e social da enfermidade em questão deveriam entendê-la muito mais em seu caráter de "dor insidiosa e crônica" do que pela sua distribuição anatômica nos punhos e nas mãos. Desse modo, a abordagem clínica dessa doença propõe um desdobrar dos próprios sintomas distribuídos no tempo. Sobre isto, Rocha escreve:

Browne et al<sup>15</sup> classificaram as LER em três estágios clínicos progressivos. No primeiro, o trabalhador sente dor e cansaço nos membros superiores durante o turno de trabalho, com melhora nos fins de semana, não apresentando alterações no exame físico e com o desempenho normal. No segundo, aparecem dores recorrentes, com sensação de cansaço persistente e distúrbios do sono, com incapacidade para o trabalho repetitivo. No terceiro estágio, a sensação de dor, fadiga e fraqueza é persistente, inclusive durante o repouso, gerando distúrbios do sono e a presença de sinais físicos. Neste estágio, o trabalhador refere incapacidades para executar até tarefas não ocupacionais (Rocha, 1990:35).

Awerbuch ensinava que os sinais objetivos e clássicos da tenossinovite traumática – o calor, o edema e a crepitação – "estão ausentes na maioria dos casos crônicos, aparecendo apenas nas síndromes de sobrecarga de uso agudo da musculatura" (ib.: 35). Essas referências internacionais ajudam a sistematizar as próprias experiências e, nesse sentido, Rocha buscou informar-se com os próprios digitadores afastados do trabalho por tenossinovite em algumas empresas. Depois dessa investigação, afirma:

[...] acreditamos que o quadro clínico possa ser caracterizado como de evolução e com estágios definidos semelhantes ao quadro de LER observado na Austrália... O diagnóstico mais freqüente é o de tenossinovite, que corresponde ao que poderíamos designar de quadro "agudo". São digitadores que após retorno de afastamento de longa duração ou após horas extras ou atividade com novos documentos apresentam sintomas de dor na região dos tendões... Esses digitadores em geral dirigem-se aos ortopedistas dos convênios (tipo de assistência médica comum para empresas de processamento de dados), os quais verificam sinais inflamatórios, como dor e edema, diagnosticam "tenossinovite traumática", fornecem um atestado para afastamento do trabalho durante sete a dez dias e indicam imobilização e uso de antiinflamatórios. Após o tratamento, os digitadores sentem-se bem e retornam ao trabalho sem alterações na sua produção (ib.:35).

Esses episódios agudos de tenossinovite, muitas vezes, "nem chegam ao conhecimento do serviço médico da empresa, pois os atestados são entregues ao supervisor e arquivados no setor de pessoal ou nos prontuários". Por outro lado,

---

<sup>15</sup> Browne, CD; Nolan, BM; Faithful, DK. Occupational repetition strain injuries: guidelines for diagnosis and management. *Medical Journal Australian*, 140(6):329-32, 1984.

como essas crises agudas têm uma recuperação rápida e cessam em até dez dias, na maior parte das vezes também não são comunicadas à Previdência Social, já que os primeiros quinze dias de afastamento do trabalho, pelas regras do seguro acidentário do INPS, são pagos diretamente pelo empregador (ib.:35).

Mas, como entender a relação entre essas crises de dores, agudas e localizadas, que cessam após poucos dias e a dor de caráter crônico que se amplia para todo o membro superior e até incapacitar completamente a vida do doente? A resposta vem através de uma referência norte-americana, Robert Arndt, que revisou o tema em 1983, e comenta as posturas ocupacionais e certas alterações musculoesqueléticas em digitadores:

Ocupações com períodos prolongados de postura contraída, caracterizada por carga estática dos músculos, podem reduzir a circulação sanguínea, dificultando a suplementação correta de nutrientes para os músculos e a remoção dos produtos de atividades musculares, provocando fadiga rápida e dor. Caso esta condição persista por vários dias, o resultado pode ser problemas crônicos freqüentes, incluindo as articulações e os tendões (Arndt, 1983, citado por Rocha, 1990:35).

O sintoma mais presente em todos esses casos é dor crônica, cuja amplitude pode alcançar "desde a região do pescoço e ombro até o punho ou os dedos", e cuja síndrome de base pode ser, além das tenossinovites, "quadros de bursite, tendinite, epicondilite" etc. À medida que o quadro avança e torna-se mais grave, crônico, "observa-se compressão dos nervos e atrofia muscular" (Rocha, 1990:35).

As repercussões ocupacionais dessas afecções para os digitadores é a queda progressiva da produção, "suas metas pessoais de toques caem de 15.000 t/hora para 13.000 t/hora" e, com o agravamento do quadro clínico, o doente perde a capacidade de realizar tarefas domésticas ou do cotidiano pessoal (ib.:35). Além disso, há comprometimento "psíquico" que resulta tanto das "próprias condições de trabalho

estressantes (tarefas monótonas e repetitivas), quanto da "incapacidade provocada pela doença":

Por exemplo, uma digitadora contou que tinha ótima produção, era bem vista pela supervisora, ganhava prêmios por seu desempenho. Quando adoeceu, começou a perceber queda em seu rendimento, a sentir dores constantes, a ser tratada como simuladora pelos chefes, a ser rejeitada pelos colegas e sentir-se inútil como "dona de casa". Esta situação levou-a a uma forte depressão, como se o "mundo" a tivesse abandonado. Além de tudo, parecia que ela era doente mental, porque chorava sempre e estava nervosa (ib.:36).

Essa alteração que transtorna o cotidiano do paciente, pela enfermidade, como nos narra essa paciente, dificulta reintegrar o trabalhador lesionado à sua profissão de digitador. Uma evolução benigna do curso da LER, afirma Rocha, depende não somente do tratamento clínico mas, "principalmente", de "seu aspecto profissional". Apesar de manterem a incapacidade em muitos casos, aqueles trabalhadores que foram afastados do trabalho e que retornam para outra função melhoram muito das crises dolorosas, muito mais que aqueles que persistem na digitação, os quais desenvolvem "piora do quadro, sinais de atrofia, hipotonia muscular e impotência funcional, além de problemas psíquicos" (ib.:36).

Enfim, entre as conclusões do estudo, está a constatação de que "o quadro clínico não se restringe à tenossinovite"; é necessária uma visão mais ampla para contemplar a nova doença decorrente do trabalho manual monótono e repetitivo. Essa visão, porém tinha ainda "pouca aceitação na Previdência Social, na medida em que a Circular do INAMPS e a Portaria do INPS referem-se apenas à tenossinovite", conclui a autora (ib.:36).

## 2.2. O NUSAT de Belo Horizonte

Em estudo que levantou todas as doenças profissionais registradas no Brasil durante a década de 1980, o médico Tarcísio Buschinelli ressalta que o aumento de casos de tenossinovite registrados como doença do trabalho iniciou-se pelo Estado do Rio de Janeiro:

Interessante o fato de que no Rio o aumento tenha se dado em 1986, enquanto em São Paulo o mesmo tenha ocorrido em 1987. Pode-se explicar o fato pela proximidade física dos Serviços de Atenção Médica dos centros de decisão. Como a sede Nacional do INAMPS situava-se no Rio de Janeiro, rapidamente a Circular passou a ter conseqüências práticas, enquanto, em locais afastados, o mesmo ocorreu somente em 1987 (Buschinelli, 1993:58).

Em Minas Gerais, por exemplo, "a epidemia de LER foi mais tardia", os casos de doença ocupacional no Estado só começaram a ser registrados a partir de 1989, após a estruturação de uma unidade médica de referência, o NUSAT (Núcleo de Saúde do Trabalhador), que reuniu o INPS, a FUNDACENTRO e a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). A evolução da "epidemia" em Minas, conforme os dados do NUSAT, registra 3 casos em 1986, 95 casos em 1987 e 132 em 1988 (ib.:63). Esse "perfil epidemiológico", salienta o autor, resulta de "um conjunto de fatores", mas, principalmente, das seguintes ações:

A implantação de um serviço voltado para o atendimento das doenças dos trabalhadores, sendo este o resultado de uma união de esforços de instituições diferentes; a participação do INPS facilitando o registro e a oficialização dos casos atendidos; e uma busca ativa por parte da fiscalização. Naturalmente, todo este conjunto de esforços não teria tido um resultado tão positivo se os trabalhadores não tivessem exercido um papel relevante, pressionando as instituições para que estas agissem... (ib.:66).

Além de Minas Gerais e São Paulo, esse mesmo aumento do registro de doenças ocupacionais ocorreu no Paraná e no Rio Grande do Sul, a partir de 1987 (ib.:82), em Pernambuco, em 1990, e na Bahia, a partir de 1991, com a instalação do CESAT

(Centro de Estudos de Saúde dos Trabalhador) (ib.:94). Em cada um desses estados inauguraram-se unidades públicas de referência nessa modalidade médica que se comportavam como uma agência legitimadora da LER/DORT.

Outra contribuição decisiva para a instituição da LER como doença do trabalho no Brasil foi dada em 1991, através de um artigo intitulado simplesmente *Lesão por Esforços Repetitivos* (LER), da autoria de Chrysóstomo Oliveira, perito do INPS, médico do trabalho e coordenador do NUSAT de Belo Horizonte (Oliveira, 1991). Esse ensaio consiste numa análise da experiência mineira obtida a partir da observação dos pacientes do NUSAT, mediante um estudo dos casos atendidos nos dois primeiros anos da epidemia. Oliveira identifica-se como integrante da tradição médica na qual se insere os mesmos autores apontados por Rocha e defende a terminologia LER para designar todas "desordens neuro, músculo-tendinosas de origem ocupacional, que atingem os membros superiores, espádua e pescoço, causadas pelo uso repetido e forçado de grupos musculares ou manutenção de postura forçada..." (ib.: 60).

Esse autor considera que o conceito "lesão por esforços repetitivos" "*pressupõe a origem ocupacional das desordens encontradas...*" (ib.: 60). Prefere, assim, a denominação LER (que traduz *repetitive strain injury*), oriunda da experiência australiana, ao termo "lesões por traumas cumulativos" (*cumulative trauma disorders*), defendido por Silverstein e Armstrong nos EUA, por sublinhar os componentes *esforço e repetitividade* e tornar o conceito mais abrangente (ib.:60).

A revisão teórica apresentada por Oliveira incluiu, além das publicações de Ferguson (1971, 1984) e Browne (1984) na Austrália, Kivi (1984) na Finlândia, Maeda (1977) no Japão e Luopajarvi (1979) na Escandinávia. Ele concorda com todos esses autores que apontam a subestimação do número de casos dessas "desordens" que ocorrem em seus países, principalmente devido ao fato de que muitas dessas alterações



musculoesquelético não terem suas relações com o trabalho consideradas, tanto pelos médicos quanto pelos próprios pacientes (ib.:61).

A dimensão do problema no Brasil não foge à regra, principalmente porque os sistemas de registros de doenças ocupacionais são falhos. Uma evidência nesse sentido é o aumento de casos de LER procedentes da Grande Belo Horizonte após a implantação do NUSAT. Observa-se, nesse universo de pacientes, conforme Oliveira, "uma nítida diversificação quanto à incidência da doença", tanto nos ramos de atividades econômicas quanto nas mais variadas funções exercidas pelos trabalhadores que adoecem (ib.:64).

Além disso, começa a se consolidar, dentro da experiência do grupo mineiro, o conjunto das formas clínicas adquiridas pelas LER, algumas síndromes específicas, com formas de apresentação bem individualizadas ou estudadas, como "síndrome do dedo em gatilho", "doença de De Quervain", "síndrome do túnel do carpo", "síndrome do túnel ulnar", epicondilites, bursite, cervicobraquialgia, miosite e poliomyosites etc. Em seu ensaio, Oliveira descreve de modo didático cada uma dessas síndromes clínicas, caracterizando a região anatômica de comprometimento, os sintomas, a patogenia e as atividades profissionais dos trabalhadores que podem desencadeá-las (ib.:65-8).

Mas nada nesse tema é cartesiano. Muitas vezes o quadro clínico é constituído somente pela dor e outras sensações subjetivas que não obedecem a essas regiões geográficas e que tornam o diagnóstico difícil e complexo. Nesse sentido, Oliveira apóia-se em Ferguson para subdividir a LER em dois tipos principais de quadro clínico:

O primeiro é constituído por entidades [clínicas] bem definidas e estudadas e o segundo por quadros mal definidos. O segundo é a grande maioria dos casos. O diagnóstico não é simples e deve ser

investigado o processo de trabalho do qual resultaram as injúrias [lesões] musculares. O paciente não apresenta nenhum sinal físico inicialmente, mas suas queixas são persistentes e sempre relacionadas com a massa muscular mais utilizada no exercício da função ou envolvidas em tensão estática em decorrência de posições forçadas ou viciosas... (Oliveira, 1991:71).

Nesses casos, o médico deve investigar as condições particulares do trabalho, deve levar em conta os movimentos repetitivos e a força com que tais movimentos são executados, como ensina Silverstein (1987). Além disso, posições estáticas prolongadas, pressão psicológica para aumentar a produção e monotonia de funções "são emocionalmente desgastantes, condicionando o aparecimento da doença". "Vários autores assinalam a presença de neuroses e *stress* emocional em portadores de LER" (Oliveira, 1991:71). Nesse sentido, a função de digitador é paradigmática de uma situação ocupacional que pode combinar todos esses fatores causais da doença.

Além dessas considerações etiológicas, o estudo traz também uma "patogênese" em que a doença resulta da agressão que o trabalho provoca no corpo, visto como uma estrutura de tecido muscular interligado aos ossos através de tendões, que formam um conjunto irrigado por vasos sanguíneos e nervos. Esse sistema mecânico de forças e alavancas pode sofrer esforço compressivo, contrações repetidas ou prolongadas que provocam alterações no aporte sanguíneo e resultam na produção de dor pelos nervos (ib.:72).

De acordo com casuística de Oliveira, o quadro clínico é constituído pelos sintomas iniciais de fadiga e desconforto muscular, que se associam freqüentemente a formigamento e a parestesias. "A dor é, contudo, o sintoma cardinal", que se inicia como pontadas esparsas, que duram pouco, mas, gradativamente, vão se tornando contínuas e exacerbadas por ocasião de determinada seqüência de movimentos ou ao final de uma jornada de trabalho. A sede mais freqüente de início da sensação dolorosa era o terço proximal do antebraço, seguido pelos punhos e mãos

(corroborando a casuística de Ferguson). A intensidade da dor, que de início relaciona-se com as atividades – ocupacionais, domésticas ou de lazer – aumenta sempre à medida que a doença avança e passa a ser o sintoma determinante. Os períodos de exacerbação das dores aparecem espontaneamente e mesmo quando o trabalhador está em repouso. "Uma das queixas freqüentes neste estágio é a dor noturna, às vezes com caráter terebrante e de remissão demorada, que impede o sono e promove significativo desgaste psíquico" (ib.:74).

Ao contrário da história rica em nuances e detalhes da vida e das ocupações do paciente, o exame físico é muito pobre. O aumento de volume dos músculos – a hipertonia de extensores e flexores – é um dos primeiros sinais clínicos que podem ser observados pelo médico, os pacientes tornam-se doloridos à palpação, mas esses achados são mais comuns em "quadros agudos e virgens de tratamento". Outro sinal é o edema recorrente de dorso das mãos e dedos, que "ausente no início, aparece nos estágios mais avançados da doença" e pode tornar-se definitivo e deformar dedos e mãos. Ao fim, as funções motoras são comprometidas, as mãos incham e os dedos atrofiam (dedos em fuso) (ib.:74).

Com esse entendimento da história natural da doença, Oliveira critica a classificação de Browne (1984), que "nos parece muito condensada, deixando de enfatizar os extremos do curso clínico da doença", e propõe uma classificação em quatro estágios evolutivos. Resumidamente, seriam:

I - O período das sensações de peso e desconforto, além de dores esporádicas e localizadas, que melhoram com o repouso. Os sinais clínicos estão ausentes, exceto pela dor referida à compressão dos músculos. O prognóstico é bom.

II - A dor aparece em pequenos episódios durante a jornada de trabalho, ou durante trabalhos domésticos após a jornada; é tolerável, mas compromete cada vez mais a

produção do trabalhador; pode circunscrever-se numa determinada localização anatômica ou irradiar-se para outras regiões. Sintomas como formigamento, calor, alterações da sensibilidade etc. podem também aparecer. O exame continua pobre, mas é possível palpar nódulos nas bainhas musculares envolvidas. O prognóstico é favorável.

III - A dor é persistente, forte e irradiada, atenua-se apenas pelo repouso prolongado ou pela medicação; há crises paroxísticas, pois ocorrem durante o repouso ou mesmo durante a noite. A musculatura perde a força, a produtividade ocupacional cai e há incapacidade doméstica. O edema, a parestesia e as alterações de sensibilidade estão instaladas e a palpação muscular revela dor forte. O prognóstico é reservado.

IV - A dor é forte, contínua e leva o paciente ao sofrimento intenso, pois se acentua com qualquer movimento e as crises paroxísticas aparecem mesmo com o membro superior imobilizado. A mão ou o braço perde a força e o controle dos movimentos, a capacidade para o trabalho torna-se nula e os atos da vida cotidiana ficam prejudicados. Edema e atrofia são presentes, às vezes há deformidades visíveis. Neste estágio, depressão, ansiedade e angústia fazem parte do quadro e o prognóstico é sombrio (Modificado de Oliveira, 1991: 75-76).

Em suma, o diagnóstico da LER é "essencialmente clínico", deve contemplar três momentos: "a história ocupacional, a história da doença e um exame físico detalhado"; os exames laboratoriais são, nesse sentido, "até agora, apenas exames complementares". A anamnese ocupacional deve ser concebida como um "estudo da função realizada", que inclui:

[...] seus movimentos básicos, frequência desses movimentos, uso ou não de ferramenta, posição no posto de trabalho, jornada diária, pausas, condições ambientais, nível de relacionamento com supervisores e tempo exercido na função (Oliveira, 1991:76).

Além do trabalho, devem ser exploradas também as atividades cotidianas, principalmente as atividades domésticas, lazer e hábitos do paciente, assim como o passado de práticas físicas, "que podem ser aparentemente diversas, mas consistir na continuidade da atual, pela similitude dos movimentos exercidos" (ib.: 76). Além disso, faz-se necessário que se historicize também o curso da enfermidade:

A história da doença deve remontar ao seu início, quais os sintomas iniciais e os segmentos atingidos, como evoluíram, sua exacerbação ou não durante a jornada de trabalho, sua remissão após cada jornada ou nos fins de semana ou férias (ib.:76).

Além de interrogar sobre essas qualidades e localizações dos sintomas, o médico deverá realizar o exame físico bem detalhado do aparelho locomotor do paciente. É ressaltado que ele deve pesquisar a dor aos movimentos ativos e passivos dos segmentos corporais, e palpar as estruturas anatômicas tentando localizar e estimar a intensidade dolorosa (ib.:76). A última fase do exame físico é a pesquisa das funções musculares e nervosas comprometidas. Nesses casos, certamente é obrigatório que o médico deva realizar algumas manobras, entre elas: a) "manobra de Finkelstein", pela qual o examinador provoca o estiramento do tendão do abductor longo e do extensor curto do polegar sobre a apófise estilóide do rádio e que, caso provoque dor, sugere tendinite de De Quervain; b) manobra de Tinnel, em que o examinador comprime a porção mediana do punho e, caso observe dor ou parestesia na região de enervação correspondente, deve suspeitar de Síndrome do Túnel do Carpo (STC); c) manobra de Phalen, o examinador força a flexão dos punhos durante mais de um minuto e se ocorre a presença de dor ou formigamento indica STC; d) por último, a manobra de Gilliart-Wilson, que consiste em manter o tensiômetro pressionando o braço do paciente e observar dor e parestesia no trajeto do mediano, também sugerindo STC (ib.:77). É fácil supor que durante a realização desses "testes físicos" que lidam com a dor ou que a provocam, o médico deve contar com a plena confiança e colaboração do paciente.

Ao comentar sobre os exames complementares ao diagnóstico da LER, Oliveira chama a atenção que o NUSAT é bastante comedido na solicitação de exames subsidiários: "os exames utilizados como rotina são a eletroneuromiografia, o estudo radiológico da coluna cervical e as provas de atividades reumática". A experiência de sua casuística mostrou que a eletroneuromiografia parece ter valor, "pois a proporção de alterações encontradas foi alta", mas questiona esse achado em função de sua amostra: "o grupo estudado provinha de um universo representado pelos primeiros casos reconhecidos como doença profissional pela Previdência Social e, quase todos, apresentavam evolução mais longa e sintomatologia mais grave". O estudo radiológico da coluna cervical tem valor de diagnóstico diferencial e pode revelar alterações estruturais que contribuem para o estabelecimento do quadro clínico da LER ou o invalidam. As provas reumáticas, por sua vez, têm valor somente excludente (ib.: 78).

Após o diagnóstico e o estadiamento da LER em quatro graus de gravidade, conforme vimos, Oliveira discute o tratamento e a prevenção da doença, chamando atenção para que "a recuperação do lesado envolve aspectos médicos e aspectos profissionais". Do ponto de vista médico, o tratamento consiste em uso de antiinflamatórios, fisioterapia, imobilização ou indicação cirúrgica para "os casos de compressão nervosa" (ib.:78).

Do ponto de vista profissional, os casos classificados em estágios I e II, "o tratamento médico pode recuperar o trabalhador, permitindo-lhe retornar até mesmo para a mesma atividade, desde que alteradas as condições de trabalho". Nesse ponto, ele reporta o tratamento político dado através das cláusulas específicas sobre a LER, negociada em contratos coletivos de trabalho assinados pelo sindicato SINDADOS em Belo Horizonte, como exemplo de medidas preventivas amplas que estavam surtindo efeitos na redução da incidência da doença (ib.: 78).

Já para os pacientes classificados como pertencentes aos graus III e IV, entretanto, além do tratamento médico, "impõe-se a reabilitação profissional". Para o grau III, o trabalhador deve aprender uma nova atividade profissional, sob supervisão cuidadosa, preconiza Oliveira, "a fim de se evitarem recidivas, que não são incomuns". Para o grau IV, entretanto, o prognóstico é sombrio:

No estágio IV o tratamento médico e a reabilitação profissional apresentam resultados precários. As recidivas são muito freqüentes e qualquer esforço maior, mesmo fora do trabalho, reabre o quadro sintomático. A quase totalidade dos casos caminha, mais cedo ou mais tarde, para a invalidez. Há realmente a impossibilidade de exercício de trabalho produtivo regular necessário ao ganho útil compatível com a sobrevivência financeira. Neste estágio, os problemas emocionais são agravados e os pacientes apresentam-se quase sempre deprimidos e emotivos (ib.:78).

Frente a esse quadro clínico de gravidade progressiva, Oliveira exorta os médicos do trabalho das empresas a se empenharem no "acompanhamento cuidadoso dos trabalhadores submetidos a trabalhos repetitivos e de esforço" e assinala que "o exame periódico deve ser dirigido para o diagnóstico precoce da LER". Essas atribuições pressupõem uma autonomia do médico em relação à empresa, para que ele possa, "aos primeiros sintomas", manter o trabalhador sob vigilância médica que inclui às vezes a "re-adequação do trabalho". "O aumento de casos dentro em um mesmo setor de produção deve ser objeto de análise da função, com alteração de sua sistemática dentro de princípios ergométricos". Além disso, o médico deve comunicar "por escrito, aos superiores ou responsáveis pela produção, as ocorrências e sugestões para correções cabíveis no processo de trabalho" (ib.:79).

Na perícia, como o trabalhador só chega após quinze dias de afastamento do trabalho, "muitas vezes após tratamentos instituídos, especialmente com imobilização, e já apresentando atenuação dos sinais físicos que antes estavam presentes", ele "traz para o médico perito maior dificuldade na identificação da doença e de seu estágio, dificultando-lhe, conseqüentemente, sua conclusão técnica".

Mesmo assim, a tarefa do perito ao receber um trabalhador com suspeita de doença ocupacional é realizar "o exame detalhado" da história profissional e da doença e dos achados físicos. Os exames complementares, por sua vez, só têm um valor positivo ou negativo em função da clínica (ib.:79).

Oliveira, enquanto perito, descreve os passos que se utiliza para afastar o doente do trabalho e transformar a doença em acidente: "Confirmado o diagnóstico, cabe o reconhecimento do nexos causal e o afastamento do trabalho para tratamento e reabilitação profissional, quando indicada". Como num texto legal, relembra como enquadra os respectivos benefícios previdenciários para os segurados:

Nos casos de recuperação total caberá o auxílio doença acidentário durante o período de tratamento e, quando da alta, deve o trabalhador ser orientado quanto às suas condições de trabalho e à possibilidade da "reabertura" em face de recidiva da doença. Nos casos em que houver necessidade de reabilitação profissional, o retorno à atividade produtiva se fará com a concessão do auxílio acidente. A possibilidade de recidiva deve ser colocada para o trabalhador de modo a orientá-lo quanto aos próprios cuidados que deve ter para se preservar e quanto a seus direitos previdenciários. A impossibilidade de uma reabilitação eficaz, a persistência de sinais com sintomatologia ou recidivas freqüentes caracterizam o quadro de invalidez, cabendo ao perito fixá-la (ib.: 79).

Em conclusão, Oliveira afirma que "a LER é a doença ocupacional mais freqüente nas sociedades industriais" e que essa tendência é aumentar cada vez mais, face à industrialização crescente. "É doença de notificação compulsória em muitos países", os quais, preocupados com essa incidência, "mantêm comitês especiais para seu estudo e equacionamento". Na gênese da LER está o um tipo de trabalho "exercido em más condições ergonômicas", caracterizado pela repetição e esforços prolongados, durante longas jornadas, assim como a "utilização de ferramental inadequado" e a "falta de treinamento para a função exercida (ib.:79). O remédio prescrito envolve uma série de mudanças nas agências médicas e instituições envolvidas no conhecimento da doença, mas a principal delas é que:



[...] a identificação da LER está relacionada com o nível de conscientização dos profissionais para o complexo trabalho/doença, com a eficiência dos serviços médicos de empresas e oficiais, com a conscientização do trabalhador e de seus órgãos de classe, além de legislação adequada pertinente às doenças ocupacionais (ib.: 84).

A necessidade premente de adoção de medidas que reduzam a incidência da doença, propõe Oliveira, é uma ação conjunta que deve contar com a participação de "sindicatos, médicos de empresas e do serviço público, profissionais em ergonomia e engenharia de produção", "sem preconceitos", para que se possa "alterar a sombria perspectiva que se apresenta, transformando o trabalho em fator de promoção do homem, e não motivo de sua degradação" (ib.: 84).

A posição de Oliveira, que enquanto médico do trabalho e perito da Previdência Social, estrutura e coordena um dos primeiros ambulatorios de referência em doenças ocupacionais no Brasil, ao tempo em que sistematiza toda uma experiência nacional relacionada aos principais elementos para o diagnóstico e o enquadramento previdenciário da LER, é um dos fatores fundamentais para a instituição dessa doença no Brasil.

Outra contribuição importante para que se difundisse no Brasil o conhecimento médico sobre a LER entre os médicos do trabalho também veio de Belo Horizonte, desta vez de um médico do trabalho, Hudson Couto<sup>16</sup>, procedente da iniciativa empresarial privada e também da academia, que escreveu talvez o primeiro livro médico sobre o tema no Brasil, intitulado *Guia Prático: tenossinovites e outras lesões por*

---

<sup>16</sup> O autor apresenta-se respaldado pela experiência de dez anos como médico do trabalho, chefe de saúde e segurança de importante setor metalúrgico mineiro, professor titular de Fisiologia e com especialização em Ergonomia nos Estados Unidos, além de assessor e consultor técnico em saúde ocupacional, referendado por uma seqüência de nomes constantes nos agradecimentos, que incluem Thomas Armstrong e Bárbara Silverstein, da Ergonomia e da Saúde Pública de Michigan (EUA), Vera Anderson da NIOSH (EUA), Chrysóstomo Oliveira do NUSAT, Ary Sguillar e Gilberto Ambrogini, médicos do trabalho da SERPRO e da Brinquedos Estrelas/SP, ortopedistas, reumatologistas etc. (Couto, 1991:5)

*traumas cumulativos nos membros superiores de origem ocupacional* (1991). Couto teve a experiência do modelo americano de Michigan, daí sua preferência pela expressão "Lesões por Traumas Cumulativos". Já durante a introdução, ele aborda a problemática do diagnóstico e do comportamento epidêmico da doença, sob um tom que busca, nitidamente, instigar preocupação nos leitores:

O Brasil, à semelhança de outros países, assistiu, nos últimos sete anos, à explosão epidêmica de um tipo de lesão ocupacional denominada **tenossinovite**. Um grande número de trabalhadores, principalmente da área de digitação em empresas de processamento de dados, passou a apresentar esse tipo de lesão e, como costuma ocorrer com qualquer fenômeno desta natureza, também pudemos assistir ao cepticismo de muitos quanto à real existência desta "doença" (Couto, 1991:5).

Mas, para dirimir tais dúvidas sobre a natureza dessa enfermidade, ele sustenta que "as lesões por traumas cumulativos nos membros superiores (das quais a tenossinovite é a mais freqüente) são tão antigas como a história da medicina". Elas não acometem apenas digitadores, salienta, mas são também "muito freqüentes entre datilógrafos, caixas de supermercados e muitíssimas outras categorias profissionais". Mesmo no Brasil, a doença é conhecida pelos médicos do trabalho de empresas de diferentes ramos produtivas há muitos anos. Numa fábrica de automóveis, exemplifica, os casos muitas vezes permanecem diluídos entre a totalidade de trabalhadores. Mas, prossegue Couto,

[...] à medida que se tem um conjunto de trabalhadores desenvolvendo a mesma atividade numa mesma empresa, tem-se grande chance de gerar o fenômeno de acúmulo dos fatores críticos; por isso se explica a enorme incidência em empresas de processamento de dados e outras em que predomina o trabalho manual (ib.: 5).

Quanto às denominações da doença, ele concorda que "tenossinovite" não é a mais adequada, sendo apenas uma das formas clínicas, embora a mais freqüente em sua casuística, entre as variadas síndromes com as quais as "lesões por traumas cumulativos de origem ocupacional nos membros superiores" podem se apresentar.

Couto não aceita a denominação "Lesões por Esforços Repetitivos (LER)", cunhada por Browne na Austrália e adotada pelo Brasil, pois acha que ela tem sido problemática em ambos os países: a generalidade do termo LER substituiria o diagnóstico clínico da especificidade anatômica e patológica, isto é: "ao invés de se fazer o diagnóstico de uma tendinite de músculo supra-espinhoso ou de uma epicondilite, passou-se a diagnosticar LER" (ib.:15-6). Em outras palavras, essa conduta generalizante ignora que as síndromes dolorosas dos membros superiores são compostas por lesões distintas, "cada qual com um tratamento e um prognóstico específicos, [os quais são] totalmente anulados quando se firma o diagnóstico de LER". A "repetitividade" é apenas um entre os diversos fatores ocupacionais (biomecânicos, psicofísicos e sociológicos) que resultam na síndrome dolorosa; e não deve ser ressaltado, pois induz, inclusive, a concluir-se que a redução da incidência da doença ocorre com a redução da repetitividade do movimento, numa "supersimplificação de algo bem mais complexo" (ib.:16). Enfim, foi "por estas e por diversas outras razões", que a própria "Real Sociedade Australiana de Medicina recomendou, oficialmente, em 1986, que o termo *repetition strain injury* fosse abandonado e que se passasse a usar o termo "síndrome dolorosa regional de origem ocupacional" (ib.:16).

### **2.3 Os Bancários e a CUT**

Embora o número de casos de tenossinovite registrados pela Previdência Social crescesse em progressão geométrica, parte desses casos não era reconhecida como acidente do trabalho e o paciente amargava o desemprego e a falta de benefícios previdenciários. Esses trabalhadores faziam ressoar cada vez mais alta sua insatisfação através de seus sindicatos. Uma das categorias mais atingidas pela LER, os bancários, possuía também um dos sindicatos mais fortes, passa a agir em articulação direta com a Central Única dos Trabalhadores (CUT).

Em março de 1992 a revista *INST – Instituto Nacional de Saúde no Trabalho* – apresentou os resultados de uma pesquisa nacional realizada entre dirigentes de sindicatos bancários filiados à CUT, durante o segundo semestre de 1991, divulgada no "I Fórum Nacional de Saúde no Trabalho Bancário", realizado em Vitória (ES) pelo Departamento Nacional dos Bancários (INST, 1992:7). Essa pesquisa traz uma dupla revelação: primeiro, "o retrato que as lideranças sindicais traçam de sua categoria e da atuação do movimento sindical bancário em saúde e ambiente de trabalho". Dos 26 sindicatos de trabalhadores bancários existentes em todo o Brasil que responderam à pesquisa, 46% possuíam um "setor de saúde" organizado e 35% admitiam algum tipo de atuação na área de saúde e trabalho. Esse percentual é considerado baixo, sua "qualidade" também não é boa e "evidencia que os departamentos sindicais de saúde não têm conseguido eficácia em suas atividades" (ib.:7).

Por outro lado, "na categoria bancária predomina mais o controle das pessoas do que sobre as tarefas, horários ou produção", conclui também a pesquisa. Nos bancos, em geral trabalha-se muito, em locais sem conforto e superpovoados, num ritmo de trabalho que aumenta cada vez mais. "O trabalho requer o menor tempo com o melhor desempenho: a repetitividade da tarefa, sua rapidez e impessoalidade, faz com que o bancário tenha a sensação de andar continuamente sobre a lâmina fina de uma constante tensão e monotonia". Em suma, "os bancários estão submetidos a um processo de trabalho perverso, desgastante e desestabilizador de sua saúde, mas de modo geral seus sindicatos estão desaparelhados para o enfrentamento da questão" (ib.:7).

Observa-se que o foco da luta sindical dirige-se para o interior das condições de trabalho, esmiúça as atividades do bancário para que se organize, a partir daí, a resistência do trabalhador em direção à saúde. Esse trabalho desgastante, expropriante da saúde causa novas e velhas doenças, do tipo "ostenopia (vista

cansada), dor de estômago, úlcera, gastrite, varizes, ansiedade e depressão". Mas, em primeiro lugar, mesmo sem dados muito precisos, entre "os problemas de saúde mais graves percebidos pela categoria", está "a tenossinovite (LER)" (ib.:7).

Essas constatações simultâneas confluem num seminário nacional da CUT sobre LER, em que sindicatos "de todo o país vão debater formas de prevenção e combate às lesões por esforços repetitivos", cuja proposta é "criar um modelo unificado de atuação contra a doença e, principalmente, sua prevenção" (ib.:6). No seminário, serão debatidas "definições e causas das lesões provocadas pelas tarefas contínuas e repetitivas", as estratégias de resistência dos trabalhadores e "as relações com o aparato institucional necessário para o reconhecimento dos portadores..." (ib.:6). A transformação da tenossinovite em LER é uma das principais palavras de ordem do encontro:

Uma das ações de política sindical que a CUT pretende encampar é o reconhecimento da LER como doença profissional. Hoje, apenas a tenossinovite – que afeta os tendões de pulsos e dedos – é reconhecida pelo INSS, embora esta não seja a única lesão provocada pelo excesso de trabalho que exigem movimentos repetitivos (INST, 1991:6).

Mas os sindicatos, afirma o texto, "colecionam casos em que médicos das empresas e peritos do INSS não diagnosticam a ocorrência da doença vinculada ao processo de trabalho, por não se tratar de tenossinovite". A censura volta-se primeiramente para os médicos, aqueles que simultaneamente trabalham em empresas e no setor público, "peritos que inescrupulosamente deixam de constatar seqüelas" e prejudicam os trabalhadores (ib.:6).

A proposta da categoria é "elaborar normatização sobre diagnósticos, afastamento, reabilitação", um programa de atenção que resulta de uma ação do Sindicato dos Bancários de São Paulo, com assessoria do INST, cujo propósito é "um passo no sentido de maior reconhecimento das lesões pelo INSS, em todo o país". Mas não

será suficiente, adverte o texto, é preciso outras instâncias de lutas, pois a "busca gananciosa de produtividade", realizada num ritmo acelerado que compromete a saúde do trabalhador, produz doenças que se ocultam no desconhecimento e na dissimulação (INST, 1991:6).

### **3 As Normas Técnicas de São Paulo e Minas Gerais**

De fato, foi sob esse clima de reivindicações da CUT que a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo produziu uma das ações mais incisivas na transformação da tenossinovite em LER, através da publicação da Resolução nº 197 em 09/06/1992, cuja ementa "aprova Norma Técnica que dispõe sobre o estabelecimento dos critérios de diagnóstico, dos estados evolutivos, dos procedimentos técnico-administrativos e da prevenção das Lesões por Esforços Repetitivos – LER" no Estado de São Paulo.

Reportando-se à Lei 8080/1990, que dá competências aos estados para definirem suas ações de saúde do trabalhador no SUS, e também num contexto da recém promulgada Lei 8213/91 da Previdência Social, a Norma Técnica define-se como o resultado de um amplo grupo de representantes de várias instituições ligadas à saúde do trabalhador<sup>17</sup>, e que adota a terminologia LER para:

As afecções que podem acometer tendões, sinóvias, músculos, nervos, fásCIAS, ligamentos, isolada ou associadamente, com ou sem degeneração de tecidos, atingindo principalmente, porém não somente, os membros superiores, região escapular e pescoço, de origem ocupacional, decorrente, de forma combinada ou não, de a) uso repetido de grupos musculares; b) uso forçado de grupos musculares; c) manutenção de postura inadequada (São Paulo, 1992).

Os procedimentos para o diagnóstico da doença repetem que sua natureza é essencialmente clínica, que se fundamentam "na história clínico-ocupacional, no

---

<sup>17</sup> Secretaria de Estado da Saúde, centros de referências em saúde do trabalhador dos municípios de São Paulo e de Santo André, FUNDACENTRO, Faculdade de Saúde Pública da Universidade São Paulo-USP, Perícias Médicas e Reabilitação Profissional do INSS, DIESATetc.

exame físico detalhado, nos exames complementares quando justificados e na análise das condições de trabalho responsável pelo aparecimento da lesão". Além de propor uma "padronização da nomenclatura", do "diagnóstico anátomo-funcional" (anexo I) e das "formas clínicas" (anexo II), a Norma especifica os mesmos estágios evolutivos da doença nos mesmos moldes propostos por Oliveira (1991), conforme já vimos.

A Norma considera que os casos têm bom prognóstico quando o tratamento médico é instituído desde os estágios iniciais da doença e quando "avaliações periódicas para eventual reorientação da conduta terapêutica" são feitas naqueles casos que não respondem ao tratamento. É recomendada, também, a imobilização do membro afetado nas fases agudas da doença, "por um período de 10 a 14 dias" e estimula-se, ainda, o uso de corticóide injetável e antiinflamatórios orais, mas é condenada a infiltração local de medicamentos. Também é preconizado a fisioterapia após a retirada da imobilização e, quanto à indicação cirúrgica, deve ser restrita aos casos de ressecção de tecidos anômalos que decorram das inflamações crônicas, às remoções de tumores e reconstituições plásticas de estruturas inutilizadas pela doença (ib.:5). A abordagem dos casos que não respondem a esse tipo de tratamento é uma tarefa árdua, adverte a Norma:

É indispensável estabelecer-se, desde o início, uma boa relação dos profissionais de saúde com o trabalhador, para que o desânimo e a desilusão mútuas não se instalem, uma vez que os efeitos do tratamento podem, nos casos mais graves, não se sentir imediatamente (São Paulo, 1992:5).

Essas advertências fazem sentido no contexto de mudanças que deverão ocorrer na vida do doente após o diagnóstico de LER. A principal mudança é o "afastamento obrigatório do trabalho" durante as fases de dor e incapacidade. Nesse sentido, a Norma define, mesmo sem competência, os aspectos acidentários específicos da doença na generalidade dos procedimentos previdenciários. O primeiro passo é a emissão obrigatória da CAT (Comunicação de Acidentes do Trabalho) para todas os

casos "caracterizadas genericamente como LER" (ib.:6). A partir da CAT, a caracterização acidentária se completa através da definição das competências para o atendimento médico do SUS e do INSS para o registro, o estabelecimento do nexos, a perícia e a reabilitação profissional do doente ou acidentado (ib.:6).

A tarefa mais laboriosa é o estabelecimento do nexos com o trabalho, o qual deve ser entendido "como o vínculo de causa-efeito entre afecção de uma unidade motora e a solicitação excessiva e/ou sua relação com as condições desfavoráveis do trabalho". Na prática, ressalta, é uma afecção que pode ser produzida, desencadeada ou agravada pelo trabalho (ib.:7). Conforme esse entendimento, apenas o cotejamento entre "as características clínicas do caso (notadamente anátomo-funcionais) com as condições específicas do trabalho (gestos, posições, movimentos, esforços, tensões, ritmo, carga de trabalho etc) pode afirmar ou excluir o vínculo de causalidade com o trabalho (ib.:7).

Para a avaliação das atividades profissionais que justifiquem o enquadramento do nexos causal, a experiência paulista já indica "que existem três situações possíveis": a primeira, representada pelas "atividades reconhecidamente geradoras de LER", como a digitação e a datilografia, "que não diferem de uma empresa para outra"; a segunda, situações profissionais que produzem casos de LER e em que já há vistoria do local de trabalho; e, terceiro, caso isolado de LER que necessita de investigação do posto de trabalho para definição do nexos (ib.:7).

Assim como ocorreu com a instituição da tenossinovite, é preciso a transformação acidentária do conjunto da LER, que, no caso é vinculado ao parágrafo segundo, artigo 140, Decreto 357/91, o qual prevê que, "em casos excepcionais", "constatando-se" que a doença "resultou de condições especiais em que o trabalho é executado e com ele se relaciona diretamente" deverá ser considerada "como Acidente do Trabalho" (ib.:7). Para essa constatação, diz o item seguinte remetendo-se à perícia



médica do INPS, é necessário que seja "evidente" para o médico perito que há "excessiva solicitação funcional laboral do grupo muscular comprometido" e que é "clara a ação do trabalho como fator desencadeante da lesão". Definidos os termos do trabalho, deve haver, paralelamente, "a constatação da afecção subjacente", que não precisa necessariamente ser uma lesão traumática, pode ser de outra natureza ("reumática, traumática, endócrino-metabólica ou artrósica não reumática"), ou derivada de qualquer "condição anômala pré-existente". Trata-se, então, de evitar que condições latentes ou manifestas de outras doenças, passíveis de serem agravadas pelo trabalho, possam ter seus nexos com a ocupação invalidados pelo fato do incômodo do trabalhador não ser de etiologia puramente ocupacional. É preciso atender ao Artigo 141, parágrafo primeiro, da Lei 8213/91, que também equipara ao acidente do trabalho aquele que, "embora não tenha sido a causa única, haja contribuído diretamente para a morte do segurado, a redução ou perda da capacidade para o trabalho, ou produzido lesão que exija a atenção médica para sua recuperação" (ib.: 8).

As especificações previdenciárias da Norma seguem a mesma linha dos procedimentos periciais e administrativos que Oliveira prescrevera: recomendam que os casos com afastamentos do trabalho superiores a 15 dias deverão ser avaliados pela perícia médica, ocasião em que "deverá ser emitida Requisição de Exame Médico Pericial – REMP para concessão de Auxílio-Doença Acidentário B-91". Esta Requisição deve ser acompanhada dos seguintes elementos: história clínica e ocupacional, diagnóstico anátomo-funcional fundamentado nos exames físicos e complementares, descrição das condições de trabalho, parecer clínico especializado sobre a incapacidade, o tratamento, o prognóstico e a reabilitação profissional (ib.:8). Em casos de incapacidade para o trabalho, deverá ser concedido ao acidentado pela perícia médica um primeiro afastamento que terá duração inicial máxima de até 45 dias, quando o paciente deverá ter alta ou sofrer uma nova perícia. Esta alta, inclusive, estava muito mais na dependência do médico assistente do SUS do que do

perito do INPS. "A cessação do Auxílio Acidente pelo médico perito atenderá indicação de alta do médico assistente" e, caso a perícia entenda de modo diferente, deveria solicitar-lhe "as informações complementares sobre a manutenção do afastamento para subsidiar a conclusão pericial", ou então, no caso do segurado não se conformar com a alta previdenciária, e havendo pedido de junta médica, "será garantido [a ele] o acompanhamento à Junta do médico de sua confiança" (ib.:9). Naturalmente, o benefício será negado quando não houver incapacidade ou quando não houver nexos, mas pode haver incapacidade sem nexos, quando "o benefício será convertido em Auxílio-doença previdenciário (B-31)" (ib.:9).

A Norma também define "a conduta dos médicos da empresa, do SUS e do médico assistente", que consiste em: "determinar a emissão da CAT por doença do trabalho, mesmo nos casos iniciais"; fornecer os elementos clínicos necessários à perícia médica do INSS; "empenhar-se" para que o trabalhador não retorne às mesmas condições de trabalho para evitar o agravamento dos casos iniciais e a incapacidade definitiva dos pacientes; informar "ao portador de LER" a natureza, a causa e "os riscos de agravamento da incapacidade pelo retorno à atividade geradora de LER" para evitar ansiedade e descrença no tratamento; fornecer cópias dos exames ao paciente; assegurar-se do restabelecimento completo do doente antes do retorno ao trabalho para evitar a "alta precoce"; e encaminhar e supervisionar a assistência médica especializada que é fornecida ao paciente (ib.: 11-12).

Contemplando seu próprio caráter pioneiro na definição da doença ocupacional, a Norma relembra aos médicos do trabalho, quer estejam situados nas empresas, na perícia, no SUS, nos consultórios ou nas clínicas privadas, os sentidos de certos termos com os quais eles pouco lidam em seu cotidiano. Para isso, traz dois anexos: o primeiro, uma nomenclatura de termos clínicos necessários ao diagnóstico no plano tissular e patogênico da doença (anexo I) e o segundo especifica as "formas clínicas" que as Lesões por Esforços Repetitivos podem assumir (anexo II).

Assim, sinovite, tendinite, miosite, fasciite, tenossinovite etc., são "inflamações" de tecidos sinoviais, tendões, fásCIAS e ligamentos musculares que podem ser considerado casos de LER, quando "a etiologia" da afecção resultante é ocupacional, "mesmo quando associada a outras patologias" (anexo I, item 6). Nesse sentido, "é necessário que sejam especificadas as estruturas [anatômicas] comprometidas, assim como os segmentos [corporais] envolvidos no processo, uma vez que o conceito de LER é muito abrangente e por si só não deixa claro o quadro clínico" (anexo I, item 6). O diagnóstico de um caso clínico não pode ser só "LER", deve haver "a complementação do diagnóstico", que consiste em localizar cada lesão, como nos exemplos da "tendinite do supra-espinhoso", "tenossinovite de De Quervain", "tenossinovite dos flexores", "síndrome do túnel do carpo" etc. (anexo I, item 6).

A partir dessa dupla localização da afecção, tissular e segmentar, a Norma apresenta "as formas clínicas das lesões por esforços repetitivos". Nesse sentido, o anexo II enumera os (1) "*cistos sinoviais*", "a degeneração mixóide de tecido sinovial" que se localiza freqüentemente no dorso do punho; (2) as "*epicondilites*", a inflamação de estruturas musculares na inserção dos flexores e extensores do carpo no cotovelo; (3) a "*bursite*", inflamação muito dolorosa da *bursa* que se localiza principalmente no ombro; (4) as "tendinites do supra-espinhoso e do bicipital"; (5) as "*fasciites*", representadas pelas síndromes da Tenossinovite de De Quervain, do Dedo em Gatilho e da Moléstia de Dupuytren; e (6) as "*compressões de nervos periféricos*" representadas pela síndrome do túnel do carpo", a "síndrome do Canal de Guyon", "síndrome do pronador redondo" e as (7) "*cérvico-braquialgias*" representadas pela "síndrome da tensão do pescoço", "síndrome do cervical" e "síndrome do desfiladeiro torácico".

Essa Norma, aparentemente adequada para o manejo assistencial e previdenciário dos casos de LER, entretanto, era válida apenas para o Estado de São Paulo e

somente nos aspectos que se referiam às ações assistenciais que tinham sido repassadas do INAMPS para o SUS, a quem cabia o diagnóstico (inclusive etiológico) e a assistência médica, fisioterápica e farmacêutica ao doente. As propostas de condutas previdenciárias, entretanto, estavam completamente fora de sua alçada.

Nessa mesma época, a CUT posicionou-se “contra a epidemia de lesões por esforços repetitivos”, organizando os vários sindicatos de trabalhadores para a luta pela legitimação e prevenção da enfermidade e pressionando diretamente os órgãos da instância federal:

Desde o começo do segundo semestre, os sindicatos da CUT vêm pressionando os ministérios da Previdência e da Saúde para que sejam estendidas para todo o país as Resoluções da Secretaria de Saúde de São Paulo – a 180 (29/05/92), que normaliza as relações entre o SUS e o INSS paulista para o atendimento de acidentados e portadores de doenças profissionais, e a 197 (08/06/92), que estabelece critérios técnicos para o diagnóstico e prevenção da LER. Ambas resultaram da pressão sindical cutista na luta contra a epidemia da doença profissional (INST, 1992:6).

Além disso, INST investiga a ocorrência dos casos entre as categorias profissionais de trabalhadores mais propensas à doença, com o objetivo de "rastrear os casos de LER conhecidos pelos sindicatos em suas bases e a forma de atuação diante da epidemia". "Publicações, estatísticas e informações sobre a ação sindical estão sendo coletadas pelo Instituto", formando um dossiê técnico para "subsidiar a proposta do movimento sindical cutista de reconhecimento e prevenção da doença" (ib.:6). A campanha é lançada e desde o ato de abertura promete que será mais que uma "mera solenidade":

No dia anterior ao lançamento, o dossiê técnico da CUT sobre LER será entregue aos ministérios do Trabalho, Saúde, Previdência e Câmara de Deputados. Na manhã do dia seguinte, na sede da CUT Nacional, em São Paulo, uma série de eventos marcam o lançamento oficial da Campanha, com coletiva de imprensa, manifestações e passeatas pelo centro da capital. À tarde, um debate técnico reunirá assessores sindicais, dirigentes e instituições (ib.:6).

A chamada para essa campanha anuncia, que além da colocação à venda dos usuais "folders para trabalho de base, cartazes, adesivos, e outros materiais" de divulgação estavam previstos, "na esteira do lançamento nacional", seminários estaduais em todo o país:

O primeiro será no Rio Grande do Sul, seguido por Brasília, Belo Horizonte e São Paulo. Estruturados para três dias, cada seminário marcará o lançamento regional da campanha, terá um dia exclusivo para formação sindical e outro para o encontro de dirigentes e assessores cutistas com representantes dos empresários e instituições (ib.:6).

Em dezembro de 1992, a Secretaria de Estado da Saúde e a Secretaria de Estado do Trabalho e Ação Social de Minas Gerais, visando "a elaboração de políticas eficazes no âmbito da valorização da vida do trabalhador", publicam, conjuntamente, a Resolução 245/92, uma "Norma Técnica" para Lesões por Esforços Repetitivos para o Estado que é uma cópia da Resolução 197/92 da Secretaria de Saúde de São Paulo. Suas justificativas são o aumento da incidência da LER em várias categorias de trabalhadores e as dificuldades que esses doentes enfrentam por ocasião do diagnóstico da doença em Minas Gerais:

Esta doença, reconhecida como Doença do Trabalho pelo Ministério da Previdência desde 07/08/1987, acomete hoje um grande número de categorias profissionais como bancários, digitadores, telefonistas, funcionários de correios, embaladores, costureiras, industriais, ceramistas, trabalhadores de linha de montagem (eletro-eletrônicos, veículos, brinquedos etc), comerciários, caixas de supermercados e outros. As causas da doença residem principalmente na fragmentação do trabalho em tarefas elementares, repetitivas ao longo da jornada, associada com ritmos acelerados, postura incorreta no trabalho, intensidade dos esforços e tensão.

Por diferir das demais doenças profissionais, devido à ausência de exames específicos que caracterizem as lesões, muitos problemas são criados para portadores da doença, que enfrentam dificuldades e barreiras para serem amparadas pelos benefícios previstos no Seguro de Acidentes do Trabalho.

Visando solucionar essa situação conflitiva, a Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo editou, em 16/06/92, uma resolução normalizando os procedimentos (diagnóstico e tratamento), encaminhamentos técnico-administrativos e sobre a prevenção das LER com representantes das entidades envolvidas nesta questão (Secretaria de Saúde, Fundacentro, INSS, Ministério do Trabalho e outros), além dos sindicatos, que veio fundamentar a presente Resolução (Minas Gerais, Resolução 245/92).

A responsabilidade técnica e política dessa Resolução 245/92 aparece na última página, através da "Comissão Estadual de Prevenção à LER" de Minas Gerais, composta, além das instituições já citadas, pelo NUSAT/MG, a promotoria especializada em acidentes do trabalho do Ministério Público, as Secretarias de Estado da Ciência, Tecnologia e Meio Ambiente, o serviço de Saúde Ocupacional do Hospital das Clínicas da Universidade Federal (UFMG), a Prefeitura de Contagem e os sindicatos dos trabalhadores metalúrgicos e das empresas de telecomunicações de Minas Gerais.

Finalmente, três meses depois, o INSS publicou sua Norma Técnica para Avaliação de Incapacidade/1993, que é apresentada como a revisão da Norma Técnica sobre LER (MPS-1991) que teve como "base"

[...]as Resoluções sobre LER das Secretarias de Estado da Saúde dos estados de São Paulo e Minas Gerais, as quais foram, à época, amplamente discutidas pela sociedade civil, representadas por sindicatos, Ministérios do Trabalho, da Previdência Social e da Saúde, empregadores, órgãos de classe etc. O grupo revisor foi composto por técnicos do Ministério da Previdência Social, Ministério do Trabalho, do Sindicato dos Bancários e do Núcleo de Referência em Doenças Ocupacionais da Previdência Social - NUSAT/MG (Brasil, 1993:5).

A Norma INSS/93 copia inteiramente a definição das LER, assim como repete que o diagnóstico é "essencialmente clínico" e se fundamenta na história "clínico-ocupacional", no exame físico, nos exames complementares e na análise das condições de trabalho. Além disso, abole a referência à codificação da LER como

tenossinovite ou sinovite pela Classificação Internacional das Doenças, permitindo a ampliação das possibilidades de outras "sedes" para a "afecção" (ib.:7).

No item que se refere à concessão do benefício acidentário (B91), entretanto, a Norma INSS/93 ampliou as possibilidades de tecidos "alvos" da afecção. Ou seja, a partir dessa ampliação não são apenas as lesões codificadas com o CID de tenossinovites que podem ser denominadas de LER; as demais formas clínicas que decorrem de alterações de estruturas ósteo-musculares, como epicondilites, bursites, tendinites, cistos sinoviais, dedo em gatilho, cisto sinovial, mal de Dupuytren, ou compressão de nervos periféricos, como a síndrome do túnel do carpo, do canal de Guyon e do pronador redondo, ou degenerativas, como a síndrome cervicobraquial, ou mesmo tensões localizadas cuja etiologia é desconhecida, como a síndrome da tensão do pescoço (anexo B).

Os anexos da nomenclatura e das formas clínicas foram mantidos, exceto pela já referida codificação que receberam, assim como também permaneceram os "estágios evolutivos da LER", algumas premissas do tratamento, certas medidas de prevenção e as "condutas dos médicos da empresa, do SUS, do médico assistente e demais profissionais de saúde" (ib.:18-20). No anexo C, referente aos "estágios evolutivos", esclarece que a "patologia de base da LER", quando compromete claramente "tendões, músculos ou nervos (bursite, cisto sinovial, síndrome do túnel do carpo etc), possui um quadro clínico específico de cada uma destas afecções". Para "os casos inespecíficos", aqueles em que uma síndrome clínica não pode ser determinada de modo claro, "didaticamente, podem ser enquadrados" apenas no grau no estagiamento (Anexo C). Com sua publicação, estava instituída e normalizada a LER no Brasil.

## CAPÍTULO 3

### A epidemia australiana e o "estado da arte" da LER/DORT

Este capítulo, que encerra a primeira parte desta tese, subdivide-se em dois temas. O primeiro trata da epidemia de *Repetition Strain Injury*<sup>18</sup> que ocorreu durante o período de 1983 a 1987 na Austrália e consistirá na apresentação de três ensaios: (1) *Repetition strain injury: an australian epidemic of upper limb pain*, publicado por Wayne Hall e Louise Morrow (1988); (2) *The Social recognition of repetition strain injury: an australian-american comparison*, da autoria de Andrew Hopkins (1990), e (3) *Repetition strain injury: The australian experience* de Allard Dembe (1996:91).

O segundo tema é o "estado da arte" do conhecimento da LER/DORT, com o texto *The nature of work-related neck and upper limb musculoskeletal disorders (WRULDS)*, publicado por Peter Buckle e J. Jason Devereux (2002), uma síntese de uma enorme pesquisa encomendada a esses autores pela Comissão Europeia, que desejava informar-se sobre o entendimento médico atual das desordens musculoesqueléticas do pescoço e das extremidades superiores entre os trabalhadores nos países membros da Comunidade Europeia.

#### **1. Repetitive Strain Injury: a epidemia australiana e a teoria iatrogênica**

Uma análise sociológica sobre modos como a medicina caracteriza a RSI (*Repetitive Strain Injury*) foi publicada por Wayne Hall e Louise Morrow (1988), logo após o arrefecimento da epidemia australiana nos anos oitenta. Na Austrália, entre 1983 e 1987, segundo afirmam esses autores, uma epidemia de "dores em membros

---

<sup>18</sup> Conforme já registrado no capítulo anterior, trata-se da RSI - *Repetitive Strain Injury* (Lesão por Esforços Repetitivos), denominação que a enfermidade recebeu na Austrália, e que foi traduzida diretamente para o português no Brasil como LER.



superiores" acometeu trabalhadores de várias categorias profissionais, principalmente aqueles que realizavam movimentos repetitivos ou adotavam posturas forçadas durante as jornadas de trabalho. Embora a ocorrência de dores crônicas entre operadores industriais nesse país já fosse observada desde o final da década de 1960, "foi somente após as primeiras reclamações resultarem em compensações financeiras que o fenômeno atingiu um status epidêmico". A epidemia caracterizou-se pelo aumento "dramático" do número de casos em 1984 e 1985, persistiu com números elevados durante o ano de 1986 e declinou subitamente em 1987 (Hall e Morrow, 1988:645).

Um dos principais pontos que Hall e Morrow ressaltam nessa história da epidemia, foi o modo médico de caracterização inicial da enfermidade, ou seja, a tendência em diagnosticar qualquer sintoma que envolvesse dor, formigamento ou parestesia, localizados em dedos, mão, braço, ombro ou pescoço, como um caso de *RSI*. O problema todo começou quando houve uma orientação da *Occupational Health and Safety Commission (Worksafe)* que definiu a doença nos seguintes termos:

Uma alteração em tecidos moles, causada pela sobrecarga de certos grupos musculares decorrente de uso repetitivo ou da manutenção do corpo em posturas forçadas... [que] ocorre em trabalhadores cujas tarefas envolvem movimentos repetitivos das extremidades ou a manutenção do corpo em posturas fixas durante períodos prolongados, p. ex., operadores industriais, digitadores e maquinistas (Worksafe, 1986, citado por Hall e Morrow, 1988:645).

Assim, tais sintomas seriam relacionados a uma lesão cuja natureza não se sabia explicar bem, mas cuja etiologia certamente era atribuída ao uso excessivo ou estático das extremidades superiores do corpo. O tratamento, em decorrência, seria voltado para o manuseio médico de uma "lesão musculoesquelética" e deveria caracterizar-se principalmente pelo repouso, fisioterapia e ingestão de antiinflamatórios (ib.:645).

À medida que o número de casos registrados aumentava, consideram os autores, os modelos bioquímicos e individualistas da medicina mostraram-se insuficientes para compreender o fenômeno, sugerindo que outros "fatores sociais e psicológicos desempenharam um papel maior no desenrolar da epidemia" (ib.: 645). As principais características do fenômeno que eles ressaltam são:

- 1- A subjetividade dos sintomas, difusos, mal caracterizados, representados principalmente por dores que se localizam em torno do pescoço, ombro, braço, punho, mão ou dedos, quase sempre acompanhadas de algum tipo de sensação ou incômodo, como formigamentos, entorpecimentos, inchaço, sensibilidade exaltada ou fraqueza muscular. De modo paradoxal, exceto por um número pequeno de casos que se manifestam como síndromes bem definidas, como "síndrome do túnel do carpo" ou uma "tendinite" localizada, a maioria dos casos manifestava-se com a ausência completa de sinais clínicos.
- 2- A dor e os sintomas corpóreos acompanhavam-se freqüentemente de respostas psicológicas do tipo ansiedade, depressão e uma preocupação acentuada do paciente com a significação dos sintomas e as perspectivas de vida frente ao curso da doença .
- 3- As condutas terapêuticas, representadas principalmente por fármacos bioquímicos e pela fisioterapia, freqüentemente falhavam em trazer alívio aos pacientes. A maioria referia que o repouso completo era a única forma de tratamento que lhes reduziam os sintomas.
- 4- Os resultados obtidos pela epidemiologia da *RSI* na Austrália mostraram-se inconsistentes com a teoria de que a lesão fosse provocada pela repetição e por cargas estáticas ao mostrar uma variação de incidência de casos entre trabalhadores do mesmo ramo ocupacional, mesmo entre os que se utilizam dos mesmos equipamentos e também entre funcionários públicos e trabalhadores privados. Do mesmo modo, a incidência da doença não se repetia em trabalhadores de outros países industrializados que se utilizavam

do mesmo tipo de tecnologia que estava relacionada à doença na Austrália. (ib.: 645).

Hall e Morrow advertem que não põem em dúvida os incômodos e os sintomas referidos pelos pacientes, mas questionam a utilização médica do termo *RSI*, através de algumas interpretações que apresentam para o fenômeno. Revisando a literatura social sobre o assunto, esses autores refutam imediatamente a concepção do fenômeno mais polêmica que surgiu durante a epidemia, a hipótese da "histeria epidêmica".

O termo "histeria epidêmica" foi proposto por Yolanda Lucire em 1986, lembram os autores, ao tentar entender as dimensões sociais do fenômeno ainda em sua plena efervescência na Austrália. Essa autora afirma que existiu de fato foi uma forma epidêmica de "conversão histórica", ou seja, um conflito psicológico que era vivido por certos grupos de trabalhadores contra suas condições de trabalho inadequadas, o qual era "resolvido" convertendo-se esse conflito em sintomas dolorosos dos membros superiores. A falta de cidadania e a pobreza de trabalhadores, economicamente muito dependentes do emprego, faziam com que cada vez mais eles usassem a dor para expressar, simbolicamente, o sofrimento e a incapacidade para o trabalho. A favor da consistência dessa hipótese havia o predomínio feminino entre os acometidos, o modo como os pacientes atribuíam-se também outros sintomas que eram incompatíveis com as características da doença, assim como o fato de que a epidemia começava com "a *RSI* ocorrendo em um pequeno número de trabalhadores de uma empresa e, a seguir, como uma explosão de boatos"<sup>19</sup> (Hall e Morrow, 1988:646).

---

<sup>19</sup> Para uma visão mais aprofundada desse tema da histeria, ver Gehle, FL. Toward a revised theory of hysterical contagion. *Journal of Health Social Behavior*. 18: 27-35. 1977.

Mas essa hipótese da histeria foi muito problemática. O primeiro problema é o próprio termo, que tem como referência alguns estudos com trabalho feminino em espaços confinados e em comunidades pequenas e fechadas, pelo qual se considera a "histeria epidêmica" como um fenômeno que dura alguns dias ou semanas, diferentemente da *RSI*, cujo tempo é medido em meses ou anos (ib.:646).

O segundo problema é que esse padrão característico de sintomas não é observado somente na Austrália. Como já mostrara Ferguson (1971), essas afecções já eram detectáveis em operadores industriais, mas simplesmente elas não eram conhecidas devido à subnotificação das dores e de outros sintomas desses operadores. Além disso, há muitos estudos que mostram a presença desses mesmos sintomas entre profissionais autônomos (como os músicos, por exemplo), categorias pouco teriam a ganhar com a interrupção do seu trabalho. Enfim, a hipótese de uma epidemia histerica não pode ignorar toda a epidemiologia das dores em extremidades superiores, assim como a relação entre estes sintomas e as experiências corporais e psicológicas (ib.: 646).

Terceiro, não fica claro o mecanismo de produção dos sintomas da *RSI* pelos conflitos psicológicos, principalmente porque o sintoma principal das trabalhadoras confinadas consideradas em "histeria epidêmica" é "respiração ruidosa e acelerada", além de "náuseas, tonturas, palpitações, dor de cabeça" etc., bem distintos daqueles sintomas relacionados à *RSI*. Assim, os autores rechaçam essa hipótese afirmando que ao invés de assumir que conflitos psicológicos produzem sintomas, seria mais correto afirmar que não há um entendimento definitivo entre causas e sintomas em certos locais de trabalho (ib.: 646).

## 1.1 A hipótese de mudança na percepção de sintomas endêmicos

Hall e Morrow defendem a hipótese de que a *RSI* é "um comportamento epidêmico" de certos sintomas que já estão presentes de modo endêmico entre pessoas de uma determinada comunidade. Assim, o aumento de sua incidência pode estar relacionado ao trabalho. Ao considerar esse comportamento epidêmico de sintomas endêmico da *RSI*, afirmam, "precisamos explicar porque eles despertam tanto a atenção pública quanto a atenção médica e por que eles produzem uma incapacidade substancial naqueles que sofrem tais incômodos" (ib.: 646).

Essa hipótese parte da prevalência geral dos sintomas de *RSI* em estudos epidemiológicos de populações ocidentais, os quais sugerem que cerca de 10% da população sofre de dores nas extremidades superiores do corpo em grau suficiente para interferir em suas atividades cotidianas, inclusive no próprio trabalho (ib.:646). Estudos com trabalhadores cujas ocupações envolvem movimentos repetitivos ou posições forçadas do corpo obtêm prevalências bem maiores. Por exemplo, pesquisas escandinavas mostraram que a prevalência de cervico-braquialgia entre operários da indústria pesada, assim como entre operadores de caixas registradoras, chegava a 45% dos avaliados; pesquisas americanas sobre a prevalência de queixas de dores, dormências e formigamento em membros superiores nos últimos 12 meses mostram valores entre 42% e 22%, respectivamente, em trabalhadores da indústria de vestuários e de hospitais; levantamentos dessas queixas na Austrália mostraram índices de 49% (dor no pescoço), 33% (dor no punho) e 23% (dor no ombro) entre digitadores. Outro estudo com músicos mostrou uma prevalência maior, especialmente entre os adeptos dos instrumentos de corda e teclado (ib.: 646).

Conciliando-se esses argumentos, quais seriam então os fatores que promovem o aumento da visibilidade dos sintomas de *RSI*? Os autores afirmam que "o diagnóstico de *RSI* foi o grande fator que desencadeou a atenção médica para os

sintomas endêmicos" na Austrália. *RSI* era um rótulo "demasiado amplo e mal definido que incorporava uma teoria causal pela qual os sintomas seriam uma lesão decorrente do excesso de movimentos repetitivos". Por outro lado, "essa criação dá legitimidade às queixas dolorosas e aos incômodos dos pacientes", pois lhes "fornece uma razão para ausentarem-se do trabalho", ao tempo em que "fundamenta suas reivindicações de benefícios indenizatórios" (ib.: 646).

A popularização do termo *RSI* deveu-se em grande parte à convergência de certos fatores sociais. Primeiro, a *RSI* foi "adotada" pelo "movimento emergente de saúde ocupacional" que ocorreu na Austrália, no início dos anos 1980, que se utilizava de temas de saúde para intervir nas condições de trabalho (ib.: 646). Do mesmo modo, o então recém-criado *Worksafe* "teve uma grande contribuição em promover essa desordem ao priorizar, inadvertidamente, as ações sobre a asbestose e a *RSI*" em seu âmbito nacional de ação, inclusive porque protagonizou e divulgou amplamente um guia de diagnóstico e condutas para "os casos de *RSI*" (ib.: 647). Segundo, a introdução de novas tecnologias na Austrália, como o uso massivo do computador, que produziu novos modos de organização do trabalho, desemprego e antipatias, que se expressavam e reverberavam através de manifestações e campanhas sindicais. Terceiro, a repercussão que a LER teve na mídia, que superestimava a prevalência de casos e enfatizava o caráter incurável da doença. Ao caracterizar a publicidade da LER como uma doença com estágios especulativos de sintomas, "a mídia ajudou a disseminar a visão de que a LER progredia inexoravelmente desde sintomas leves e passageiros até a incapacidade e a invalidez".

Desse modo, não é surpreendente, segundo afirmam Hall e Morrow, que grande quantidade de trabalhadores com dores nas extremidades superiores do corpo procurasse avaliação médica para saber se não estariam sendo vitimados pelo "terror" da doença. Enfim, concluem, "uma situação socioeconômica e política combinou-se para elevar e redefinir sintomas pré-existentes" em uma forma de

doença cujo modo de contágio era o local de trabalho, que se tornou conhecida pela publicidade ampla dada a um padrão de sintomas, os quais a tornavam aceitável e legítima em sua relação com o trabalho (ib.: 647).

Outro aspecto que essa teoria destaca são os fatores que concorrem para tornar crônicos os sintomas e a incapacidade. A maior diferença entre as dores endêmicas de membros superiores e a *RSI* é que as primeiras curam-se, com ou sem tratamento, no máximo em até um mês, enquanto as crises dos casos de *RSI* superam esse tempo. Entre os fatores que, combinados, fazem com que os casos tornem-se crônicas e "puxem ou empurrem a *RSI* para a incapacidade", estão os "processos iatrogênicos" em todos os níveis, pois "a contingência que opera dentro do sistema médico legal reforça a persistência dos sintomas". Iatrogenia, advertem os autores, não se refere apenas às doenças provocadas ou agravadas em virtude de condutas médicas, mas também "às conseqüências sociais e psicológicas dos modos pelos quais as enfermidades de pacientes são investigadas e conduzidas" pelos médicos (ib.: 647).

Prosseguindo em sua análise, os autores ressaltam que, naquele momento, a atitude dos médicos perante o paciente com dor teve, provavelmente, um papel importante nos estágios iniciais da epidemia. Desde antes, Ferguson, por exemplo, afirmava, a partir dos casos que ele observou em 1971, que uma preocupação excessiva por parte do médico contribuía para a invalidez do paciente (Ferguson, 1971, citado por Hall e Morrow, 1988:647).

Num segundo momento, no cerne da epidemia, "quando se desenvolveu certo cepticismo com a *RSI*", principalmente nos meios jurídicos, "muitos pacientes foram obrigados a demonstrar a sinceridade de suas queixas nas mãos de médicos preparados para exaurir todas as avenidas da investigação de um diagnóstico". O recurso de muitos deles era expor seus pacientes a orientações muitas vezes

conflitantes, com todas as conseqüências iatrogênicas decorrentes dessas condutas (ib.: 647).

Outro aspecto crítico referia-se ao tratamento, especialmente ao repouso, a conduta terapêutica mais comum e que parece ter contribuído sobremodo para piorar o curso da doença. A recomendação rotineira de repouso completo ou a imobilização das partes afetadas das extremidades tinham como efeito inicial a exacerbação das dores e o aparecimento de depressão; como efeitos mais tardios, crescia para alguns doentes a convicção, cada vez mais forte, de que estavam destinados a tornarem-se inválidos (ib.: 647).

Esse regime de repouso completo, associado a uma atribuição falsa de que o trabalho era "a" causa da doença, cria uma contingência de reforço muito importante. A recomendação de que o empregado só deveria retornar ao trabalho apenas quando estivesse completamente livre dos sintomas podia inquietá-lo ou desmoralizá-lo ainda mais, e de modo algum o protegia de voltar a sentir dores quando efetivamente retornasse ao trabalho. Após alguns ciclos de dor, repouso e dor, períodos de trabalho e afastamentos, muitos trabalhadores desenvolvem insegurança, medo e perda completa da auto-estima (ib.:647).

No momento em que começa a receber um benefício, o trabalhador reforça o sentimento de sua invalidez, no sentido de que recebe uma compensação por uma lesão provocada por seu trabalho. Não que essa concepção considere que os sintomas sejam inventados para fins de vantagens econômicas, e sim que "a situação difícil do trabalhador lesado e as possibilidades de um processo médico-legal conspiram para promover maior incapacidade". O manuseio médico dos doentes aumenta o período de absenteísmo, o que dificulta ainda mais a aceitação da volta ao trabalho. Essas dificuldades fazem com que os empregadores prefiram demiti-los, ou não admiti-los, contribuindo para que os empregados considerem o litígio



judiciário como a principal alternativa, tanto para "prover o sustento de sua família" quanto para "justificar suas queixas de lesão e incapacidade". Uma vez envolvido numa situação litigiosa, o doente deve percorrer um itinerário não terapêutico de situações em que ele "tem que demonstrar sua enfermidade e sua incapacidade durante os longos anos em que transcorrerem a ação" (ib.: 647).

Hall e Morrow reconhecem que medidas ergonômicas implementadas amplamente nessa época no país para controlar a epidemia foram importantes na melhoria das condições de trabalho e contribuíram bastante para reduzir a dor ocupacional, mas "a epidemia de *RSI* persistiu até que se desenvolvesse o cepticismo médico sobre sua existência" (ib.:647). Nesse sentido, certas pesquisas em psicologia que investigam como os seres humanos atribuem causas aos eventos ajudam a entender essas mudanças na percepção médica da doença:

No início da epidemia, acreditava-se que sintomas dolorosos em extremidades superiores era algo universal entre trabalhadores de certas ocupações e que se distinguiram inicialmente como sintomas de trabalho repetitivo, para ser associado posteriormente a movimento repetitivo. Com o desdobramento da epidemia, tornou-se claro que, embora esses sintomas fossem algo comum, a síndrome incapacitante da *RSI* era incomum. À medida que visões alternativas da síndrome foram recebendo publicidade, desenvolveu-se uma concepção de que somente alguns indivíduos estariam susceptíveis à doença e, desse modo, a *RSI* passa a ser vista como uma responsabilidade pessoal do próprio trabalhador afetado (Hall e Morrow, 1988:648).

Com a mudança de percepção sobre as causas da doença, muitos críticos culpam o próprio nome *RSI* pela epidemia e sugerem a sua substituição. Martin Hadler, por exemplo, a partir de autoridade em ortopedia defende que as dores de membros superiores sejam uma forma de fadiga que remite com o repouso e com melhores condições de trabalho, mas "sem implicar que o trabalhador tenha sido lesionado" (Hadler, 1986, citado por Hall e Morrow, 1988:648).

Esses argumentos foram aceitos pelo *Royal Australian College of Physicians* em 1986 que imediatamente "recomendou que o termo *RSI* fosse substituído pelo termo mais descritivo de 'síndrome da dor regional'". Assim, em decorrência de críticas desse tipo, o termo *RSI* deixou, aos poucos, de ser usado no meio médico (ib.: 648).

Para finalizar, Hall e Morrow afirmam que "a grande lição para o especialista da profissão médica é ser cauteloso ao criar rótulos diagnósticos na ausência de evidências confiáveis". É excepcionalmente perigoso quando esses rótulos são amplos e abrangentes demais, quando tentam incorporar de modo explícito teorias etiológicas que não são testáveis e, principalmente, quando lidam com sintomas endêmicos em determinadas comunidades. No caso da *RSI*, uma publicidade equivocada criou a expectativa de que a incapacidade fosse uma consequência comum dos sintomas. Em conclusão, do ponto de vista dos cuidados médicos, todo médico tem algo a aprender sobre epidemias, principalmente se estas forem também decorrentes de uma causa iatrogênica:

Os perigos de uma desordem iatrogênica são muito minimizados caso o médico, desde o primeiro contato com o paciente, exclua a possibilidade de uma doença séria, assegure com autoridade que a condição não é incapacitante para ele, assim como o proteja dos riscos de uma investigação especializada. Essa opinião será mais balizada se for acompanhada por conselhos sensíveis sobre a condução dos sintomas, por exemplo, a recomendação para que acentue suas práticas desportivas, reduza o stress, principalmente nos locais de trabalho (ib.:648).

## **1.2 *Cumulative Trauma Disorders e Repetition Strain Injury*: uma comparação entre as epidemias americana e australiana**

Andrew Hopkins (1990), por sua vez, compara aspectos da epidemia australiana com a ocorrência da doença nos EUA. Ele inicia seu ensaio denominando a enfermidade *Occupational Overuse Injury* e a define como um problema que ocorreu em meados

dos anos 1980, particularmente entre os digitadores, e que obteve um amplo reconhecimento na Austrália. Vejamos como esse autor descreve a epidemia e sistematiza as maneiras de abordá-la:

O país teve a experiência de uma epidemia jamais vista em lugar algum do mundo. Há três explicações principais para o fenômeno: primeiro, a teoria psiquiátrica de uma "histeria epidêmica"; segundo, a hipótese de que essas lesões realmente existiram mais na Austrália do que em qualquer outro lugar do mundo; e terceiro, a hipótese de que as instituições sociais australianas facilitaram o reconhecimento do problema, enquanto os outros países reprimiram sua atenção" (Hopkins, 1990:365).

O texto defende explicitamente a última hipótese. Para demonstrá-la, compara os sistemas de indenização por acidentes e doenças do trabalho da Austrália e dos Estados Unidos, para mostrar que o modelo australiano facilitou o reconhecimento do problema, enquanto o americano dificulta e "torna muito difícil para o doente ter a sua incapacidade reconhecida" e receber seus benefícios do seguro. Mas, "desde quando a indenização é virtualmente a única fonte estatística de lesões, ela torna visível o problema na Austrália e mantém sua invisibilidade nos Estados Unidos" (ib.: 365). O problema é apresentado por Hopkins nos seguintes termos:

Em meados dos anos 1980, a Austrália assistiu ao aumento rápido do número de casos de dor em membros superiores (dedos, punho, braço, ombro e pescoço), registrados, principalmente, entre trabalhadores cujas atividades envolviam movimentos repetitivos das mãos. Embora, nesse aspecto, uma linha de montagem representasse um risco maior, a maior publicidade foi dada aos digitadores, entre os quais o problema parecia ocorrer em proporções epidêmicas. A Repetition Strain Injury [...], como foi chamada, tornou-se foco de atenção da mídia e de preocupação profissional, e a abreviação RSI tornou-se uma expressão cotidiana. A evidência que existe, porém, é de que o número de casos novos entre digitadores elevou-se por volta de 1985 e a seguir declinou (ib.: 365).

A "epidemia australiana" de dores nos membros superiores, "sem similares em todo o mundo", tem recebido as mais diversas críticas, afirma Hopkins, em que os mais céticos chegam a denominá-la de "epidemia da pata de canguru" ou "epidemia dos

funcionários públicos australianos". Os defensores dessa teoria partem do princípio de que "a *RSI* não é uma doença" e sua versão mais conhecida apresenta o fenômeno sob a forma de uma "histeria epidêmica", em que "conflitos psicológicos são 'convertidos' de modo inconsciente em sintomas físicos". "A escolha dos sintomas é sugerida ao sofredor pelo ambiente social, essencialmente aqueles que estão na moda. Daí a natureza aparentemente epidêmica do problema" (ib.: 365). Essa teoria mostrou-se inconsistente em muitos aspectos, entre eles a duração das histerias epidêmicas relatadas. Yolanda Lucire (1986), sua principal expoente, acredita que a epidemia durou enquanto existiu a indenização:

Enquanto durar o pagamento das indenizações por sintomas funcionais (i.e., não orgânicos, não físicos), como se eles fossem o resultado de uma lesão hipotética, enquanto os sintomas foram recompensados e reforçados, a epidemia continuará ampliando-se... O controle da epidemia requer uma retirada completa da teoria da lesão, assim como sua mitologia e sua terminologia (Lucire, 1986, citada por Hopkins, 1990:365).

Mas o próprio desdobrar dos acontecimentos mostrou que Lucire estava errada, pois embora o pagamento para os queixosos continuassem a epidemia arrefeceu. A outra variante dessa hipótese de não-doença é a crença na simulação dos sintomas pelo paciente para obter compensações, que, embora muito referida em conversas, há pouca coisa escrita sobre esse tema (Hopkins, 1990:365).

A segunda hipótese para a grande atenção pública que a *RSI* recebeu é que, de fato, o problema é realmente maior na Austrália do que nos outros países. Essa hipótese tem se mostrado convincente, principalmente nos aspectos que relacionam *RSI* às novas tecnologias de processamento de textos, introduzidas na Austrália durante a década de 1980, e as pressões da organização do trabalho que decorreram dessas mudanças. Como se fora um experimento notável, há a redução da epidemia após a implantação de medidas ergonômicas e de estratégicas para a prevenção da doença nos locais de

trabalho (ib.:366). A terceira explicação para o fenômeno da *RSI*, nas palavras de Hopkins, foi a facilidade de expressão médica que lhe foi dada na Austrália:

[...] em que pese a incidência atual do problema, há algo na resposta social da Austrália que facilitou esse reconhecimento, enquanto, de maneira inversa, a resposta social e institucional em outros países é efeito de uma atenção pública reprimida (ib.:366).

As duas últimas explicações, naturalmente, podem ser ambas verdadeiras. Mas o ponto que Hopkins quer ressaltar é o modo como a resposta institucional ao problema na Austrália contribuiu para sua expressão e expansão. Ao estudar o problema de modo comparativo, ele observou que nos Estados Unidos a *RSI* não se tornou um problema de saúde pública exclusivo dos digitadores, como ocorreu na Austrália (ib.: 366).

Então, guiado pela pergunta "Existe *RSI* nos Estados Unidos?", Hopkins nos revela que os números da doença registrados pela OSHA (*United States Occupational Safety and Health Administration*) na época – 78.000 casos de "lesões e enfermidades ocupacionais" afastados no ano de 1988 – alertam-nos para o modo próprio como o sistema americano registra as "alterações relacionadas ao trauma repetido" que se utiliza de um sistema classificatório diferente do australiano. Apesar de serem considerados muito altos, assim mesmo parecem que estão supostamente subdimensionados (ib.:366).

As evidências dessa suspeita vêm dos dados da NIOSH, que estima que cada grupo de seis entre 100 trabalhadores no país sofrem de "desordens por trauma cumulativo", o termo para *RSI* nos Estados Unidos. Há outras séries de dados que corroboram a hipótese da subnotificação, como o registro de 700 casos de indenizações em digitadores de correios e o surto de 68 casos ocorridos em 1987, em trabalhadores da companhia telefônica de Mountain Bell, diagnosticados como tenossinovite e síndrome do túnel do carpo (ib.: 366). Desse modo, a comparação

torna-se muito difícil ao considerar-se esses aspectos das diferenças entre o diagnóstico e a epidemiologia da enfermidade. Para completar essas dificuldades, o trabalho de escritório, que se associa na Austrália à *RSI*, não se assemelha em nenhum aspecto aos digitadores americanos (ib.: 366).

### 1.3 Da importância de nomear e sobre indenização ou seguros

A diferença no modo de nomear o fenômeno é problematizada por Hopkins nos seguintes termos:

Na Austrália, há muito tempo, tendinite, tenossinovite, bursite etc. são conhecidas das estatísticas indenizatórias. Entretanto, os novos centros de saúde do trabalhador, implantados no final dos anos 1970, começaram a usar o termo "tenossinovite", ou "teno" como abreviação, para descrever todas as lesões por repetição que eles iam encontrando entre sua clientela predominantemente operária (ib.:366).

Ou seja, a diversidade classificatória das lesões de estruturas musculoesqueléticas que eram conhecidas dá lugar a um gênero único, que dissipava antigas especificidades clínicas fundamentadas no conhecimento das unidades motora, anatômica ou fisiológica etc. Uma 'teno', em suma, compreende certos sintomas em relação a certa ocupação e não necessita de outros sinais para compor uma síndrome clínica. O segundo aspecto foi a relação com a ocupação, pois à medida que o número de casos de "teno" entre digitadores começou a sobressair-se entre as demais categorias profissionais, as experiências médicas com esses novos casos foram publicadas associando-os ao termo "lesão por repetição":

O *Australian Public Service Association* publicou um panfleto com esse título em 1980 e, em 1982, o *National Health and Medical Research Council* publicou um manual de procedimentos para a abordagem de *Repetition Strain Injury*. O novo termo foi legitimado também pelo *Australian Medical Journal*, foi título de artigo em 1983<sup>20</sup> e logo no

---

<sup>20</sup> Stone, W. Repetitive strain injury. *Australian Medical Journal*. 139, 616-618. 1983.

início de 1984<sup>21</sup>, e a abreviação RSI rapidamente ampliou seu uso suplantando todos os demais termos. Manchetes de jornal, invariavelmente, falavam de RSI e a aceitação foi tal entre os médicos que muitos deles simplesmente diagnosticavam RSI, sem ao menos especificar algum diagnóstico sindrômico mais preciso. Apesar das refutações de alguns periódicos de que RSI era um termo desconhecido para a medicina, ele tornou-se uma doença concreta na mente das pessoas. Em resumo, a existência de um termo simples e usado em toda a Austrália facilitou o reconhecimento social do problema (Hopkins, 1990:367).

Nos Estados Unidos, entretanto, o termo "*Cumulative Trauma Disorder*", que especialistas da OSHA tentavam utilizar e que apareceu em escassas manchetes de jornal na época da pesquisa de Hopkins, possuía uma compreensão popular muito menor do que RSI. "O influente *Bureau of National Affairs* (1987) escreveu sobre o assunto utilizando-se de seu nome australiano", assim como o *National Council on Compensation Insurance* refere-se ao fenômeno como "*musculo-skeletal problems*" (ib.:367).

Os Estados Unidos conservam a tradição de especificar em primeiro lugar o diagnóstico sindrômico para os casos individuais, como síndrome do túnel do carpo, tendinites ou tenossinovites etc. Em decorrência, são essas doenças que aparecem tanto nos registros das seguradoras, quanto nos boletins e panfletos dos sindicatos, quando denunciam o excesso de casos da enfermidade numa categoria profissional específica. Conclui Hopkins:

É muito claro que nenhum desses termos tem o apelo imediato de RSI. Mas, o que é mais importante, a ausência de uma terminologia única nos Estados Unidos atrapalhou a difusão do reconhecimento público do problema da lesão causada pelos movimentos repetitivos (Hopkins, 1990:367).

A polêmica dos nomes é apenas um tema preliminar. Para Hopkins, a diferença mais importante está nas diferenças entre o sistema previdenciário americano e o

---

<sup>21</sup> Browne, CD, Nolan, B and Faithful, D. Occupational repetition strain injury. *Australian Medical Journal*. 140, 329-332.

australiano e nas estatísticas de doença que esses sistemas geram. Antes de mais nada, quais são as características e os interesses envolvidos nesses sistemas de indenizações? (ib.:367). Ambos os sistemas são nacionais, regidos por uma legislação federal que responsabiliza o empregador e obriga-o a indenizar seu empregado que venha a sofrer lesão ou enfermidade decorrente do trabalho. A indenização compreende as despesas com a assistência médica do doente ou acidentado e a manutenção salarial durante o período de afastamento do trabalho. "Os principais interesses envolvidos são, portanto, aqueles do empregado, que avalia sua susceptibilidade à lesão ou à enfermidade, e o empregador, que tem o interesse de negar tal susceptibilidade" (ib.:367). A maioria dos empregadores são garantidos por uma empresa seguradora privada, mas algumas grandes empresas e o Estado possuem sua própria estrutura indenizatória. Entretanto, essa diferença não altera o conflito da relação de interesses entre empregador e empregado, pois o valor do prêmio varia conforme o número de reclamações dirigidas contra o empregador (ib.:367).

Um terceiro fator de diferenciação entre EUA e Austrália, nesse caso, é a existência de legislações que estabelecem direitos e funções públicas que possam garanti-los, como agências previdenciárias ou tradições jurídicas envolvidas em reparação de danos, responsabilidades trabalhistas, cíveis ou penais (ib.:367). Vejamos como era o sistema de indenização no serviço público australiano, em meados dos anos 1980, durante o período em que a *RSI* mais afetou os trabalhadores:

As agências do serviço público (departamentos e autoridades) são auto-seguradas e o setor de julgamentos é o *Office of the Commissioner for Employee Compensation* (OCEC). Nessa época (até 1988), o *Commissioner* delegou a maior parte de sua autoridade para "delegados" em cada agência que, na maioria das vezes, era simplesmente um staff do quadro de pessoal ou os responsáveis pelas agências (ib.: 367).



Esse é o ponto paradoxal que Hopkins deseja salientar. Havia, certamente, um conflito de interesses em permitir que representante da agência julgasse reclamações indenizatórias contra ela própria. Então, com a preocupação de assegurar-se de que tal conduta não geraria uma decisão sempre contrária aos interesses dos reclamantes, "os delegados tinham autorização somente para aceitar reclamações, mas jamais para negá-las". Qualquer negativa deveria ser remetida ao *Office of the Commissioner*. "Havia, portanto, um viés administrativo em favor do empregado", pois a política da maioria das agências era aceitar os pleitos dos empregados com base apenas na avaliação dos próprios médicos dos pacientes, "os quais afirmavam simplesmente que o reclamante sofria de *RSI* e necessitava de um período específico de afastamento do trabalho" (ib.:367). Essa orientação para os delegados emanava de uma diretiva específica da OCEC, publicada em março de 1985:

As reivindicações de indenizações devido à *RSI* devem ser asseguradas a todos aqueles cuja queixa esteja fundamentada numa evidência médica procedente do médico acompanhante, de que está incapacitado para o trabalho devido a *RSI* e que o delegado considere que a condição é causada ou relacionada com o trabalho. Na maioria dos casos em que os trabalhadores desenvolvem atividades com trabalho manual de natureza repetitiva e o médico acompanhante certifica que a condição é consistente com a causa estabelecida, o delegado deve aceitar que a condição é causada pelo trabalho ou relacionada a ele (ib.:368).

Os insatisfeitos de ambas as partes podem apelar para um *Administrative Appeals Tribunal*, "mas apenas uma fração minúscula dos casos chegavam a tais instâncias". O sistema, em suma, ofereceu pouca resistência à indenização dos casos de *RSI*, mesmo no período do auge na epidemia (ib.:368). Outro aspecto relevante era que os trabalhadores públicos, mesmo afastados de suas atividades, recebiam integralmente os seus salários. "Não havia, conseqüentemente, nenhuma penalidade financeira em optar pelo afastamento do trabalho" (ib.:368). Hopkins também considera que parte da visibilidade dada à *RSI* começou nessa categoria profissional e o *Federal Labor*

*Government* que, "sensível aos interesses de seus empregados", nomeou uma força tarefa para investigar as queixas de *RSI* entre todos os funcionários públicos. Logo depois, começou um censo trimestral de todos aqueles que estavam "envolvidos em qualquer ação relacionada à *RSI*". Esta conduta foi interpretada pelos detentores da informação como "recebimento de indenização por *RSI*". Embora os atestados médicos nem sempre especificassem como *RSI* os laudos de seus pacientes, "as agências aparentemente não pareciam ter dúvidas sobre quais eram os casos de *RSI*" e os gráficos mostravam, trimestralmente, a incidência cada vez maior da doença (ib.:368). Nesse aspecto, é importante lembrar que:

O sistema de indenização é a única fonte de dados na Austrália que comporta as lesões e as doenças ocupacionais. Portanto, a sensibilidade do sistema de compensação aos interesses dos reclamantes foi crucial para alertar as autoridades para a extensão do problema (ib.:368).

A epidemia de *RSI* no serviço público australiano, alerta Hopkins, não foi uma "mera epidemia de reivindicações indenizatórias, sem qualquer relação com um aumento da incidência real do problema, como defendem alguns", mas, ao mesmo tempo que o sistema indenizatório não era susceptível ao abuso, é necessário frisar que ele permitiu que os casos chegassem a um reconhecimento que de outro modo não seria alcançado (ib.:368).

#### **1.4 A experiência australiana conforme Dembe**

Apesar de seu interesse específico em examinar a história das alterações de mãos e punhos nos Estados Unidos, o aumento rápido do número de casos notificados na Austrália durante o início dos anos 1980 e o seu declínio incrivelmente agudo ajudam a iluminar o modo pelo qual fatores sociais são determinantes na identificação e na concepção das doenças ocupacionais, de acordo com Dembe (1996:91).

Esse autor concorda com os pesquisadores que priorizaram os aspectos sociais dessa epidemia, que o critério liberalizante das indenizações das leis australianas acentuou a notificação e o registro de casos de *RSI* e combinou-se com o valor da indenização, que era de 100% do salário, para ampliar ainda mais o leque de trabalhadores públicos acometidos de *RSI* (ib.:91). David Michael, um epidemiologista americano que foi contratado pela OMS para estudar a epidemia australiana, numa entrevista concedida a Dembe em 19/08/93, afirma que o declínio pode ser, em parte, apenas um artefato, o "viés instantâneo de uma prevalência":

De acordo com essa opinião, os benefícios da liberalidade das indenizações e a atenção da mídia para a LER durante 1983-1985 permitiram que os trabalhadores pudessem notificar certos incômodos que eram prevalentes, mas não notificáveis, até então. Uma vez que o "acúmulo" de casos prévios foram notificados, a incidência de casos novos pareceu declinar (ib.: 92).

Em 1983, a eleição do Partido Trabalhista, empenhado em atender a uma série de reivindicações dos trabalhadores, a intensa repercussão na mídia e as campanhas educacionais dos sindicatos de trabalhadores<sup>22</sup> também são fatores que contribuíram para o caráter epidêmico da enfermidade (ib.:91). A mídia coloria a epidemia de *RSI* apresentando-a como um subproduto do tema da "introdução de novas tecnologias" e as conseqüentes mudanças na organização do trabalho. (ib.:92).

Mas há duas diferenças principais entre a experiência australiana e o crescimento de casos nos Estados Unidos. A incidência de novos casos na Austrália subiu e caiu de modo dramático durante o biênio 1985-7, enquanto o número de casos americanos cresce continuamente desde o início dos anos 1980. Muitas autoridades crêem que as adequações ergonômicas dos ambientes e da organização do trabalho, que foram efetivadas pelos empregadores na Austrália, desempenharam um papel importante na resolução do problema (ib.:92).

---

<sup>22</sup>Como a campanha nacional que resultou inclusive na publicação do livro *Sufferers' handbook: repetition strain injury*, pela Associação dos Servidores Públicos Australianos em 1984.

Além de Hall e Morrow (1988), e Hopkins (1990), conforme já vimos, Dembe cita Damian Ireland (1992)<sup>23</sup>, para ressaltar, como fator de remissão da epidemia, a decisão da Suprema Corte Australiana, que declarou não haver negligência do empregador para os casos de *RSI* em julgamento e decretou que os trabalhadores queixosos não sofriam de nenhuma doença nos moldes definidos pelas leis da previdência australiana. Essa decisão provocou uma retirada acentuada dos processos judiciais de responsabilização do empregador e fez reduzir a incidência da doença (Dembe, 1996:93).

A segunda diferença entre a epidemia nos dois países foi a discussão nacional sobre a enfermidade que se sucedeu na Austrália, tanto na esfera pública quanto no meio acadêmico, com um interesse que se desdobrava também em elementos sociais e psicossociais envolvidos no diagnóstico e na notificação dos casos de *RSI*. A imensa quantidade de opiniões que apareceram, tanto na mídia quanto na literatura especializada, examinava a deflagração da *RSI* não só do ponto de vista de fatores legais, previdenciários, econômicos e psicológicos, mas também através de um questionamento da própria prática médica, com "estudos que desafiam a realidade médica da *RSI* como uma condição legítima", outros que preferem vê-la como "uma condição psicossomática e não física", ou como um processo médico iatrogênico, ou também como um tipo de neurose compensatória, de acordo com o que defendia Bernard Bloch (1984) ou, ainda, como uma síndrome de "conversão psicológica", conforme já vimos.

## **2. O "estado da arte" do conhecimento da LER/DORT**

Este tópico versará sobre certa produção acadêmica que trata do tema em foco e que é considerada hegemônica em termos da compreensão médica atual da LER/DORT;

---

<sup>23</sup> The Australian experience with cumulative trauma disorders. In L. H. Millender et alls. (eds.). *Occupational disorders of the upper extremity*. New York: Churchill Livingstone, 79-89.

ao mesmo tempo, serão ressaltados alguns aspectos e dimensões desse fenômeno que vêm sendo destacados e privilegiados no âmbito desse conhecimento.

Um dos textos mais sistemáticos e atuais neste sentido, *The nature of Work-Related Neck and Upper Limb Musculoskeletal Disorders* (WRULDS), já referido na introdução deste capítulo, verificou, de modo bem específico, "a coerência da literatura sobre os mecanismos de WRULDS, as evidências epidemiológicas relativas à causalidade com o trabalho e suas intervenções e, finalmente, as estratégias disponíveis para prevenir essas desordens" (Buckle e Devereux, 2002:207). O método de coleta dos dados representou um verdadeiro resgate do conhecimento médico e ergonômico sobre as WRULDS e consistiu na seguinte estratégia:

[...] promover um encontro de especialistas, uma revisão da literatura e uma consultoria com especialistas e outros interessados. A revisão da literatura incluiu informações de jornais científicos, revisados pelos colegas eminentes no tema, de atas de conferências, leis e procedimentos regulamentares e governamentais. Um primeiro rascunho de revisão foi pedido a 40 especialistas individuais, grupos de pesquisas e outras organizações, através da União Européia (ib.:207).

Após a sistematização de "todas, menos uma, das respostas obtidas nesse processo de *feedback*", foi escrita a revisão final por Buckle e Devereux (2002). A primeira definição foi sobre a natureza das doenças, constatando-se que termos como "desordens músculo-esqueléticas relacionadas ao trabalho descreve um leque amplo de doenças degenerativas e inflamatórias" que podem resultar "em dor e prejuízo funcional e afetar o pescoço, ombros, cotovelos, antebraços, punhos e mãos" (ib.:207).

Desse modo, as WRULDS são reconhecidas pela OMS quando "o trabalho em si ou as condições em que o trabalho é executado contribuem de modo significativo para o desenvolvimento ou exacerbação da doença, mesmo que não sejam a única causa determinante do evento mórbido" (ib.:208). As WRULDS podem ser classificadas, de um modo geral, em grupos patológicos que afetam tendão, nervo, músculo,

circulação, articulação e bursa. A tabela 1 ilustra as afecções mais comuns do sistema musculoesquelético. Essa distribuição de síndromes por tecidos possui modos de abordagem distintos entre os países membros da União Européia e, exceto por certos critérios adotados pelo Reino Unido e Holanda, em nenhum deles há parâmetros regulamentares para avaliação dessas desordens.

#### QUADRO 1

##### CLASSIFICAÇÃO DE ALGUMAS DESORDENS MUSCULOESQUELÉTICAS DO PESCOÇO E MEMBROS SUPERIORES

**Tendão:** Tendinites/tenossinovites, peritendinites, sinovites, doença de De Quervain, contratura de Dupuytren, dedo em gatilho, cisto ganglionar.

**Nervo:** Síndrome do túnel do carpo, síndrome do túnel cubital, síndrome do canal de Guyon, síndrome do pronador curto, síndrome do túnel radial, síndrome do débito torácico, síndrome cervical, neurite digital.

**Músculo:** Síndrome da tensão do pescoço, miosites e mialgias.

**Vasos sanguíneos:** Síndrome do martelo hipotênar, síndrome de Raynaud.

**Articulação:** Osteoartrites

**Bursa:** Bursites

Adaptado de Buckle e Devereux, 2002:208.

Em todos esses países, entretanto, há "um diagnóstico não específico ou uma patologia que não pode ser bem esclarecida", para que "o sistema médico possa contemplar o paciente que se apresenta com dor, desconforto, ou prejuízo funcional". No Reino Unido, de acordo com dados procedentes do sistema de saúde, "aproximadamente 50% dos casos de dores em membros superiores são classificados desse modo, rotulados como não específicos" (ib.:208).

## 2.1 Os mecanismos e a patogênese das desordens musculoesqueléticas

Vista aquela variedade de enfoques acerca da doença em questão, Buckle e Devereux interrogam como a biomedicina compreende o fenômeno das WRULDS. O parâmetro da patologia é a fisiologia, como já ensinava Georges Canguilhem (1982); o primeiro passo é, portanto, ver a transformação do tecido normal em tecido patológico. Nesse sentido, Buckle e Devereux afirmam que até hoje vigora o modelo proposto pela equipe de Thomas Armstrong em 1993, que explica a natureza cumulativa de afecções musculoesqueléticas pelas atividades ocupacionais através de forças internas que agem nos tecidos, as quais é possível estimar, através de doses e respostas do corpo do trabalhador (Armstrong, 1993).

Numa já clássica revisão intitulada *A conceptual model for work-related neck and upper limb musculoskeletal disorders*, que também resultou de um encontro de renomados especialistas<sup>24</sup> e é um dos textos mais citados da literatura médica especializada, Armstrong (1993) influenciou definitivamente a agenda de pesquisas sobre as WRULDS na última década, ao menos nos países que estavam representados naquele encontro e planejavam algum modo de abordar essa doença. A intenção expressa nesse encontro era propor "um modelo de como se desenvolvem no corpo as perturbações mórbidas musculoesqueléticas do pescoço e dos membros superiores" (ib.:73).

O texto de Armstrong parte da constatação de que a literatura científica está repleta de relatos sobre doenças musculoesqueléticas decorrentes do trabalho, pois há vários séculos essas questões vem sendo estudadas pela medicina, mas a polifonia das

---

<sup>24</sup> ARMSTRONG (Center for Ergonomics, University of Michigan, United States); BUCKLE (The Robens Institute of Industrial and Environmental Health and Safety, Surrey, England); FINE (National Institute for Occupational Safety and Health, Ohio, United States); HAGBERG (National Institute of Occupational Health, Solna, Sweden); SILVERSTEIN (Institute of Occupational Health, Helsinki, Finland); VIKARI-JUNTURA (National Institute of Occupational Health, Copenhagen, Denmark) etc.

variações regionais das pesquisas entre os países, ou seja, entre escolas médicas e linhas de pesquisas ergonômicas é grande. Em nome de uma perspectiva unificada, o objetivo inicial então é estabelecer uma linguagem médica que uniformize essas antinomias:

Independente das diferenças nacionais ou culturais em atitudes e reflexões perante a saúde, os problemas musculoesqueléticos existem. A extensão do problema é difícil de ser estabelecida, porque definições e critérios diagnósticos, assim como estatísticas oficiais, raramente são comparáveis entre um país e outro (ib.:73).

A tarefa é árdua e longa, pois é necessário retomar "a experiência dos pesquisadores dos vários países", tentar conjugar seus argumentos científicos com suas práticas, assim como relacionar essas duas instâncias. O modelo, portanto, deve fornecer critérios para definir o diagnóstico e um nome que possa inclusive ser usado pelas estatísticas oficiais e permita comparar frequências entre os vários países (ib.:73).

As limitações e a complexidade em estabelecer relações de causalidade com o trabalho nessas afecções não devem esmorecer o pesquisador, diz Armstrong; o modelo deve justamente procurar promover a interação entre fatores fisiológicos, mecânicos, individuais e psicológicos, tentar fornecer uma estrutura que integre evidências epidemiológicas com estudos laboratoriais, em suma, sublinhar essa natureza multifatorial das perturbações mórbidas do pescoço e das extremidades superiores e tentar ajudar na interpretação da natureza complexa da interação entre exposição, dose, capacidade e resposta. Doravante, "o modelo também deve ser considerado como uma ferramenta para o planejamento e as interpretações de pesquisas" (ib.:73).

Assim, o aspecto crucial dessa nova abordagem deve ser o modo de estabelecer relações de causalidade entre adoecimento e trabalho. Partindo do Informe Técnico



174/85 da OMS, que distingue dois modos de "relacionalidade" entre adoecimento e trabalho, e que define doença ocupacional como:

[...] aquela em que há uma relação direta de causa-efeito entre risco e doença, como acontece entre a exposição ao asbesto e a presença da asbestose. Uma doença é definida como relacionada ao trabalho quando sua causa é multifatorial, quando o ambiente e a performance do trabalho contribuem de modo significativo, mas é apenas um entre inúmeros fatores causais envolvidos (ib.:74).

Portanto, é preciso ter sempre em mente que características pessoais dos indivíduos, seus hábitos e seu ambiente, assim como fatores sociais e culturais, têm um papel importante na gênese das doenças musculoesqueléticas, e é preciso atentar também para o fato de que condições de trabalho adversas podem causar "parcialmente" uma doença: "As doenças podem ser exacerbadas por exposições ocupacionais que podem prejudicar a capacidade de trabalho" do trabalhador (ib.:74).

A "relacionalidade" entre doenças musculoesqueléticas e trabalho vem sendo validada, principalmente, por numerosos estudos epidemiológicos. Para demonstrar isto, esse autor organiza uma longa tabela que sistematiza 22 estudos epidemiológicos em populações específicas de trabalhadores, caracterizadas pelo uso repetitivo ou intenso das mãos na ocupação, em variadas atividades industriais, agrícolas e de serviços (ib.:74). Um complicador é a variação da frequência desse tipo de perturbação em populações de trabalhadores não expostas ao uso intenso ou repetitivo das mãos, que apesar de baixo não é zero, o que sugere a existência de outras causas não relacionadas ao trabalho. Mas, mesmo essas situações, frisa Armstrong, estão contempladas no modelo da OMS, que pressupõe a doença envolta numa rede de múltiplas causas (ib.:74-6).

Essa grande variedade de respostas musculoesqueléticas enumeradas reflete, principalmente, "diferenças de critérios usados para a definição de caso e os métodos de exame" utilizados no diagnóstico, sustenta Armstrong: "Muitos pesquisadores

definem um caso pelo exame físico (através dos sintomas e dos achados clínicos), enquanto outros só valorizam os achados físicos, sem valorizar os sintomas e vice-versa" (ib.:76).

Enfim, o fato dessas "desordens musculoesqueléticas" serem um problema comum em trabalhadores de diversos grupos ocupacionais e porque "elas envolvem tecidos diferentes em locais variados do corpo", também recebem nomes variados do tipo "desordens por trauma cumulativo, desordens por traumas repetitivos, lesões por esforços repetitivos ou síndromes do uso excessivo (ib.:76). Esse autor considera, ao explicitar sua preferência pelo termo "distúrbio musculoesquelético relacionado ao trabalho", que o importante é considerar que todos esses nomes referem-se a uma mesma prática voltada para o mesmo grupo de "problemas diagnósticos" (ib.:76), ou seja, referem-se a um mesmo fenômeno.

Mas o problema não é fácil pois "um diagnóstico exato da doença, desejável pelos trabalhadores afetados, nem sempre é possível", particularmente nas fases iniciais do adoecimento:

Na maioria dos casos é recomendável intervir antes do desenvolvimento explícito de sintomas. Portanto, é desejável que se usem critérios que tenham um grau mais elevado de sensibilidade, mesmo que às expensas da especificidade. Em outras palavras, nesses estágios iniciais de desenvolvimento, não é importante distinguir se um desconforto relatado pelo trabalhador decorre de um distúrbio biomecânico do músculo ou de uma deformação do tendão, porque ambas podem responder a uma redução na intensidade do trabalho (ib.:76).

## **2.2 O modelo da equipe de Armstrong**

Esses autores pretendem poder explicar fatores e processos que resultam nas desordens musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho, com o objetivo final de

"especificar limites aceitáveis no trabalho prescrito para um dado indivíduo" (ib.:76), através do modelo chamado de dose e resposta, que se caracteriza por um conjunto de quatro variáveis que interagem entre si: exposição, dose, capacidade e resposta. O conceito de exposição examina os chamados fatores externos, entre eles, certas ocupações ou tarefas que são capazes de produzir cargas internas tissulares elevadas e demandas metabólicas. Por exemplo:

A geometria do local de trabalho e a forma dos instrumentos são determinantes importantes da postura no trabalho. O tamanho, a forma e o peso dos objetos de trabalho são determinantes importantes de cargas tissulares. Trabalho padronizado é um determinante importante da frequência e da velocidade de contrações musculares. É possível, também, que a resposta de um tecido resulte na dose que afeta um outro tecido. Por exemplo, tecidos conectivos podem aumentar de volume pela adaptação ao stress e esse espessamento pode pressionar algum nervo adjacente e bloquear a sua capacidade de transmissão nervosa (ib.:76).

Naturalmente, ressalva Armstrong, nem todas as exigências do trabalho e nem todos os fatores ambientais têm essas características físicas. Conflitos trabalhistas, demandas por aumento de produção e qualidade, ameaças de desemprego etc., são também "fatores ambientais do trabalho", que não podem "ser consideradas exigências do trabalho", mas agem como determinantes de exposição, embora não possam ser mensurados nesses mesmos termos.

A segunda variável é a "dose" ou os "fatores que, de algum modo, perturbam o estado interno do indivíduo" (ib.:77). Como vimos, essas perturbações podem ser mecânicas, "como as deformações tissulares produzidas em virtude de exercícios e movimentos do corpo", fisiológicas, como "o consumo de substratos metabólicos, a produção de metabólitos, o deslocamento iônico ou dano tissular" e psicológicas, como "ansiedade pela carga de trabalho ou falta de suporte social da família" (ib.:77).

A terceira variável, a "resposta", é representada pelas "mudanças que ocorrem no estado individual", como o aumento de "substratos, subprodutos, concentrações de íons, temperaturas e formas do tecido". Uma resposta pode resultar em uma nova dose, como já foi dito, mas agora num outro sentido. Por exemplo, determinado exercício da mão pode provocar mudanças no nível sanguíneo de substratos e metabólitos ou uma deformação tissular, as quais resultarão em desconforto. Outras respostas poderão ser produzidas em decorrência de uma resposta como essa, dita primária, mas nesse caso serão referidas como secundárias, terciárias etc., na dependência do número de respostas precedentes. Nesse exemplo, "deformação tissular e níveis de metabólitos e de substratos são respostas primárias, enquanto desconforto é uma resposta secundária" (ib.:77).

A resposta, enquanto efeito da dose, pode ocorrer imediatamente ou requerer longos períodos de tempo para sua manifestação, que se desencadeiam num ciclo de relações causais em cascata:

Exercícios que exigem força provocam deformação elástica imediata dos tendões. Exercícios repetidos ou prolongados, que se seguem a mudanças no curso do trabalho, podem resultar em deformações viscosas dos tecidos. Exercícios repetidos e prolongados, dia após dia, podem resultar em mudanças na composição do tecido. Essas mudanças podem resultar em aumento da tolerância da dose. Tais mudanças, que são referidas como adaptativas, são desejáveis enquanto efeito de um treinamento, mas também podem resultar em uma capacidade reduzida, que é um efeito indesejável (ib.:77).

Por último, a "capacidade", que pode ser física ou psicológica, refere-se à resistência do indivíduo à desestabilização das doses. Tecidos que resistem à ação de forças deformadoras, habilidades para manter concentrações metabólicas quando exposto a exercícios e movimentos, auto-estima forte e resistência mental ao *stress*, são alguns exemplos de capacidade individual. De acordo com o modelo, a capacidade pode ser inibida ou reforçada, nos moldes de uma alergia ou uma vacina, que depende do contacto prévio com a dose e a resposta. Por exemplo, exercícios prévios podem

reduzir o nível de substrato ou aumentar o nível de metabólitos, de modo que, após atingir certo patamar desses ingredientes no organismo, pode-se tolerar pouco exercício sem que logo apareçam fadiga e desconforto. Do mesmo modo, uma série prévia de exercícios podem deformar o tecido conectivo que não resistirá a uma série subsequente mesmo de exercícios leves e que exijam pouca força. Mas é à capacidade de resistir que a variável se refere:

A maioria dos indivíduos é capaz de adaptar-se a certos tipos e níveis de atividade. Os músculos podem desenvolver e aumentarem sua capacidade aeróbica e anaeróbica. Os tecidos conectivos podem adaptar-se e tornarem-se fortes; entretanto, nem todos os tecidos adaptam-se no mesmo ritmo. Um músculo pode adaptar-se muito mais rápido do que um tendão e resultar em redução de sua capacidade (ib.:77).

### **2.2.1 As alterações dos músculos e dos tendões**

"As exigências físicas do trabalho e os fatores individuais determinam as características da força e do comprimento do movimento, caracterizadas em função do tempo, que por sua vez determinam a energia que o músculo deve necessitar" para seu funcionamento. Essa equação de um suprimento energético muscular insuficiente pode resultar em fadiga, que pode resultar em desordem (ib.:77). O que se sabe sobre essa recuperação nutricional do movimento muscular está classificado como "respostas mecânicas" (deformações fisiológicas do tecido conectivo e do tecido muscular, pressões internas das fibras musculares) e "respostas fisiológicas", que incluem modificações eletromecânicas e metabólicas:

As respostas iniciais incluem excitação elétrica, mudança de íons, ativação das proteínas contráteis e deformação mecânica do tecido muscular. A estas respostas seguem-se mudanças nas concentrações de substratos e metabólitos. Tais modificações locais são conduzidas pelos nervos aferentes sensitivos ao sistema nervoso central e causam as sensações correspondentes de conforto ou desconforto, a qual é referida como "fadiga percebida" (ib.:77).

Esses nervos aferentes estimulam também os centros dos ritmos cardíaco e respiratório, para que aumentem o fluxo de sangue e oxigênio ao músculo afetado, com uma oferta que dê conta da retirada do acúmulo segmentar de metabólitos e que o irrigue com os suprimentos necessários de oxigênio e outros substratos. Entretanto, caso essa pressão intramuscular seja mantida muito alta e durante muito tempo, ou durante contrações estáticas sustentadas, o fluxo de sangue será insuficiente e começam as alterações no equilíbrio dinâmico intramuscular (ib.:77).

Aqui há uma linha bem tênue que separa o tecido normal do patológico. Aumentos da tensão muscular provocam rupturas de fibras, que são detectáveis pela dosagem de certas enzimas no sangue e provavelmente resultam de alguma dano ao tecido muscular. Entretanto, resalta Armstrong, essas mesmas modificações são achados comuns aos músculos apenas doloridos, são modificações fisiológicas e reversíveis quando se permite que o músculo repouse e possa recuperar-se. Essa recuperação, porém, deve incluir tanto as fibras contráteis da porção muscular quanto a regeneração das fibras do tecido conectivo do tendão (ib.:78). Sabe-se que o curso natural dessas modificações é a recuperação completa, "o músculo adapta-se para tolerar o stress que causou o dano". Em caso de "lesão" simples, em poucas semanas ou meses há remissão completa. Entretanto, quando a agressão é continuada, como ocorre nas exposições ocupacionais, "eventos metabólicos no interior do músculo" resultam em prejuízos e podem ocorrer perturbações (ib.:78).

Quanto aos tendões, sua "dose" focaliza as tensões utilizadas por estas estruturas anatômicas para contatar ou dissipar forças entre a contração muscular, os ossos e os ligamentos adjacentes de fixação. A natureza dessa resposta, como nos músculos, tem um caráter mecânico em um fundo fisiológico. "As respostas mecânicas incluem deformação viscosa e afrouxamento, e as fisiológicas incluem bloqueio do nervo receptor, a cura e a adaptação". Os segmentos do corpo em que se distribuem as

desordens musculoesqueléticas de tendões são, por ordem de frequência, mãos, punho, antebraço, cotovelo e ombro (ib.:78).

A terminologia para definir as desordens relacionadas ao trabalho que se localizam nos tendões não é de aceitação geral entre os médicos. Peritendinite, tenossinovite e tendinite, são termos que, embora refiram-se a três estruturas anatômicas diferentes pela "língua bem feita" da clínica (estruturas ao redor do tendão, tendão com sinóvias e tendão, respectivamente), têm seus defensores e digladiadores do uso de cada um, justamente pela dificuldade em se localizar uma resposta inflamatória no tendão e nos tecidos circunvizinhos (ib.:78).

Se a localização é dúbia, a natureza patológica da resposta também o é. A entidade escolhida por Armstrong para exemplificar as tendinites, a tendinite de ombro, justamente porque sua "patogênese é a das mais razoavelmente conhecida", não tem uma natureza patológica do tipo inflamatório, mas do tipo "degenerativo". A degeneração do tendão, supostamente, "é causada por prejuízos na sua perfusão e nutrição, associados a *stress* mecânico", que provocam a morte das células funcionais do tendão e a sua substituição, regenerativa, por tecido cartilaginoso (ib.:78). Essa perspectiva mecanicista tem sua sustentação nas características anatômicas da vascularização do ombro:

Os tendões do músculo supra-espinhoso, do bíceps braquial e da parte superior do músculo infra-espinhoso têm porções que são desprovidas de vascularização. Sinais de degeneração tais como morte celular, depósitos de cartilagem e micro-rupturas estão localizadas predominantemente nessas áreas sem vascularização (Armstrong, 1993:78).

Essa teoria relaciona fluxos circulatórios e degeneração acelerada a compressões mecânicas, inclusive que ocorrem naturalmente sempre que o braço é elevado além do ombro, e a tensão estática dos tendões dos ombros, pois a circulação sangüínea do tendão "é inversamente proporcional à sua tensão e cessa por ocasião de grandes

tensões" (ib.:78). Então, irrigação sanguínea deficiente, deformações posturais que resultam em degenerações, trazem de novo o caráter inflamatório da desordem:

No tendão degenerado é possível que exercícios físicos disparem uma resposta inflamatória a um "corpo estranho", representado pelas entulho de células mortas e que resulta numa tendinite ativa. Deve-se acrescentar que infecções localizadas (virais, urogenitais) ou sistêmicas podem predispor o indivíduo a uma tendinite reativa do ombro. A hipótese proposta é que o sistema imunológico, ativado por uma infecção, aumenta a possibilidade de responder como a uma "corpo estranho" às estruturas degenerativas do tendão (Armstrong, 1993:78).

### 2.2.2 Desordens nos nervos

Assim como ocorre com os músculos e os tendões, "o conceito de dose, quando aplicado aos nervos, implica contrações de músculos, posições e movimentos de articulações, que podem produzir pressões e deformações de nervos" (Armstrong, 1993:80). Essas pressões e deformações devem cessar naturalmente cessados a contração e o movimento. Quando isso não ocorre instala-se a desordem, provocada pelo ritmo alterado da mecânica sobre esse fundo anatômico e fisiológico:

As pressões e deformações dos nervos podem persistir após as contrações, como um efeito secundário de edema que compromete bainhas e outros tendões adjacentes. A resposta mecânica, por sua vez, conduz a uma série de respostas fisiológicas que resultam em prejuízos à função do nervo (ib.:80).

O exemplo clássico desse tipo de resposta é a "síndrome do túnel do carpo" (STC), caracterizada por dor, formigamento e prejuízo funcional da mão, que decorre da compressão do nervo mediano durante seu trajeto através do túnel do carpo, no punho. Aqui, a quantidade de evidências que suportam esse modelo de patogênese do tipo dose-resposta apresenta a "distúrbio" com um quadro clínico florido, que permite à própria clínica experimentar e aperfeiçoar testes específicos para a sua prática, como o teste de Phalen e outros, conforme já vimos. Em caráter experimental



a patogenia tornou-se visível a partir de 1973, pelos trabalhos de Lundberg e al. que mostraram de modo controlado "a pressão sobre o canal do carpo bloqueando a condução e as funções sensórias do nervo mediano" (Citado por Armstrong, 1993:80) e a possibilidade de medir os potenciais de ação do nervo através do exame da eletroneuromiografia conferiu certa objetividade quando o exame é positivo, principalmente porque é um exame que prescinde totalmente da vontade do paciente (ib.:80).

Para descrever a patogênese, a cascata dose e resposta é acionada de novo:

O movimento de extensão do pulso (a exposição) pode causar o "estiramento do nervo" (a dose) provocando micro-rupturas (a resposta). Essas micro-rupturas, por sua vez, podem ser consideradas como uma dose que gera uma resposta inflamatória. A própria inflamação é uma dose, se considerarmos as cicatrizes residuais como um resposta. Essas escaras alteram a capacidade do nervo e também podem ser uma dose capaz de elevar a pressão. Uma pressão permanentemente elevada pode provocar degeneração do nervo devido a uma perfusão sangüínea prejudicada (Armstrong, 1993:80).

Para completar essa descrição das quatro variáveis do modelo na STC, a capacidade individual. Essa capacidade pode ser representada, por exemplo, na correspondência entre o aumento da pressão no túnel do carpo e o comprometimento da perfusão sangüínea do nervo, ou "a pressão no túnel é dependente da pressão arterial", e os que sofrem de hipertensão arterial são mais propensos, têm uma capacidade resistente menor, a sofrerem prejuízos na função do nervo. De modo semelhante, porque os hormônios estrógenos retém água e sal, aumentam a quantidade total de líquido no organismo e edemaciam certos tipos de tecidos do corpo, certos grupos de mulheres têm uma prevalência maior de diagnóstico de STC (ib.:80).

### 2.3 Mecanismos patológicos da relação entre WRULDS e trabalho

Transcorridos quase dez anos da publicação de Armstrong e al., e retornando-se ao texto de Buckle e Devereux (2002), é possível observar como o modelo proposto em 1993 delineou a agenda de pesquisa das WRULDS. O modelo é muito útil, defendem esses autores, na medida em que descreve a natureza cumulativa das desordens, principalmente porque propõe uma resposta interna a uma dose excessiva de trabalho. Nestes termos, repete Armstrong:

Uma dose causa uma resposta do corpo, tal como um aumento da circulação, um aumento da fadiga muscular local e várias outro tipos de reposta de natureza fisiológica ou biomecânica. Uma resposta pode aumentar ou diminuir a capacidade de completar futuras respostas. Se não houver tempo suficiente para permitir a regeneração da capacidade do tecido corpo afetado, então uma série de respostas pode reduzir uma capacidade disponível. Esse ciclo cumulativo pode continuar até que um tipo de deformação estrutural do tecido possa ocorrer (ex. dor, inchaço, limitação de movimentos) (Buckle e Devereux, 2002:210).

Mas, além da visão de Armstrong, que "caracteriza as atividades dos trabalhadores como movimentos e esforços que modificam pressões internas do corpo", uma situação de trabalho depende tanto da sua organização (fatores organizacionais do trabalho) quanto das percepções e crenças sustentadas pelos trabalhadores sobre o modo pelo qual o trabalho está organizado – os fatores psicossociais do trabalho:

Atualmente, há modelos plausíveis e evidências científicas indicando que fatores como organização do trabalho e fatores psicossociais estão associados com o desenvolvimento de perturbações musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho, referentes ao pescoço e aos membros superiores (ib.:210).

Como a organização do trabalho pode conduzir ao adoecimento é exemplificado pelo elegante estudo publicado por Vahtera e colegas (1997), mostrando que "o grau de redução [do adoecimento] foi relacionado, de modo linear, com o número de dias de absenteísmo devido a perturbações musculoesqueléticas" (ib.:210). Do mesmo

modo, firmando-se como uma referência na curta tradição dos estudos de fatores psicossociais, afirma:

De modo similar, fatores psicossociais do trabalho podem influenciar cargas biomecânicas ou reações do trabalhador ao stress do local de trabalho. Tais fatores podem afetar o indivíduo através de alterações psicológicas (por ex., liberando adrenalina ou noradrenalina), pode provocar modificações físicas em vários tecidos do corpo ou pode influenciar a percepção da dor, talvez devido a mudanças no sistema hormonal (ib.:210).

É preciso ressaltar, como resultado inclusive da agenda de pesquisas proposta desde Armstrong em 1993, que as características ou capacidades individuais decorrente de proporções antropométricas, práticas esportivas, idade, gênero e a história médica de cada trabalhador, modificam a performance do trabalhador, e que esses fatores, quando se juntam, podem “afetar a amplitude, duração e a frequência de exposição às posturas, aos movimentos e à força exercida”. O que não se sabe ainda é, e se é possível algum dia saber, estabelecer algum denominador comum sobre a patogênese dessas perturbações (ib.:211).

Então, se uma "descrição completa da patogênese de cada tipo de desordem musculoesquelética do pescoço e dos membros superiores ainda não está disponível", mesmo que hipóteses plausíveis estejam sendo desenvolvidas e testadas, parece difícil acreditar, como muitos especialistas ainda o fazem de acreditar em "uma via patológica simples e única que contemple a exposição no local de trabalho e o desenvolvimento de desordens musculoesqueléticas", pois esta via "é impossível de ser encontrada" (ib.:211).

É reconhecido, hoje, que "todos os tecidos moles, inclusive músculos, tendões, ligamento, fâscias muscular, sinóvias, cartilagem e nervos, falham quando uma força suficiente é aplicada sobre eles". Sabe-se também que atividades profissionais, esportes, hábitos da vida cotidiana podem, frequentemente, produzir forças

biomecânicas sobre o corpo que superem os limites de recuperação desses tecidos moles. Apesar de não ser possível, por motivos éticos, "testar, *in vivo*, a resposta dos tecidos humanos a esses limites", "os estudos com cadáveres e modelos animais tem fornecido evidências que sustentam tais limites e que a deformação do tecido pode provocar uma resposta inflamatória, fadiga muscular e, num plano microscópico, a falência do tecido" (ib.:211).

As falências tissulares que se seguem a um único evento desencadeante, ou que decorrem de uma ação repetitiva e cumulativa no desempenho prolongado de tarefas em ocupações têm sido cada vez mais relatadas. Porém, a resposta a essas agressões, dores, fadigas e falências, ainda não estão "completamente documentadas na literatura médica", lembram Buckle e Devereux. São ainda espaços abertos de um campo médico que a medicina espera preencher com o seu conhecimento vindouro. Vejamos alguns exemplos dessas situações que esses autores nos trazem, mas antes, recomendam que observemos algumas regras de como interpretar esses exemplos:

Os exemplos que se seguem têm a intenção de demonstrar que há uma literatura disponível, cientificamente documentada, a qual estabelece mecanismos para alguns tipos de desordens mórbidas, as quais são possíveis de generalizar para outras desordens similares (ib.:217).

O primeiro exemplo é o que ocorre com os tendões, formado pelo tecido conectivo que liga o músculo ao osso ou à fáscia e às bainhas tendinosas, a membrana sinovial que reveste e protege os tendões contra a fricção das juntas entre si, quando essa harmonia anatômica e fisiológica é quebrada:

Os tendões, quando submetidos a cargas repetidas, inflamam-se por duas razões: A primeira, pelo aumento da fricção entre fibras devido à tensão uniaxial das forças geradas e transmitida ao músculo. A segunda é a reação de forças que agem transversalmente, onde o tendão cavalga estruturas anatômicas adjacentes, duras ou moles, como bursas, roldanas e retículos. Essas situações ocorrem em posturas desajeitadas, ou ao final de uma seqüência de movimentos. Desse modo, fricção entre superfícies adjacentes pode ser uma causa

possível de degeneração superficial de tendões. Outros autores, que estudaram casos mais severos de tendinites, relatam o achado de fibras internas do tendão que se separam e tornam-se mais vulneráveis ao trauma. A liberação local subsequente de sais de cálcio, pode resultar em dores e inchaço (ib.:211).

Os nervos são o segundo exemplo do modelo de pressões mecânicas locais em membros superiores que se consolida cada vez mais. A compressão mecânica direta da palma da mão, que decorre do manuseio de ferramentas e da manipulação de dispositivos duros contra a superfície palmar, pode impingir sofrimento ao nervo, alterar sua estrutura anatômica ou causar efeitos isquêmicos (ib.:211). Além desse mecanismo direto, certos tipos de movimento são capaz de provocar compressão nervosa, mas de um modo indireto. As "posturas não-neutras de pulso e de antebraço, assim como o esforço na ponta dos dedos, podem aumentar a pressão extra-neural, à maneira dose-resposta, no interior do túnel do carpo" (ib.:211). Esta elevação na pressão do túnel relaciona-se com o fluxo de sangue micro-vascular intra-neural. "Pressões elevadas em torno do nervo podem inibir o fluxo sanguíneo intra-neural, o transporte axonal, a função do nervo e pode resultar em edema intra-neural com aumento de pressão intra-fascicular e deslocamento da mielina" que reveste o exterior do nervo (ib.:211). Essa relação entre pressões e degenerações é compreendida de modo temporal, em desordens agudas ou crônicas. Ou então em certos experimentos, desta vez com monitoramento direto dos fluxos sanguíneos:

Os efeitos de um aumento da pressão externa sobre a função e a estrutura dos nervos podem ocorrer após alguns minutos e os efeitos sobre o fluxo de sangue intra-neural são observáveis algumas horas após soltar-se de um pressão sustentada durante duas horas. Os efeitos agudos revertem-se rapidamente, mas pressões muito altas ou baixas e prolongadas podem desenvolver efeitos irreversíveis (ib.:211).

Além dessa teoria de "pressões prolongadas", sabe-se que a exposição às vibrações, que ocorre, por exemplo, na operação manual de ferramentas, "pode resultar em lesão permanente de nervos, embora o processo pato-fisiológico dessa neuropatia não seja completamente entendido (ib.:211).

Outro aspecto que recebeu bastante atenção foram os estudos médicos da "dor crônica", o sintoma mais comum entre todas as desordens musculoesqueléticas. Compreendida através de um ciclo temporal que perpassa desde uma fonte local de "estímulos químicos, dolorosos e não dolorosos," que pode ser a sede da desordem, a frequência desses estímulos determina o aumento da sensibilidade dos tecidos lesados, os quais adquirem autonomia para o surgimento de novos episódios dolorosos. A persistência da dor musculoesquelética, mesmo após o afastamento do doente do trabalho, é explicada com base nessa sensibilização bioquímica dos tecidos afetados (ib.:211). Modelos bioquímicos, estudos experimentais e hipóteses sucessivas, tentam explicar uma complicada "gênese e disseminação da tensão e dor muscular" em situações ocupacionais:

O modelo mostra que atividades ocupacionais desfavoráveis podem provocar a produção de metabólitos e químicos inflamatórios que, conseqüentemente, aumenta a atividade da zona aferente muscular. A acentuação da dor pode ocorrer pela via das projeções aferentes supra-espinhais do músculo e pela via do sistema gama de zona muscular, causando assim distúrbios da propriocepção, na regulação da rigidez e no controle motor. Inicia-se, então, um ciclo em que aumentos posteriores de metabólitos e químicos inflamatórios provocam e disseminam a tensão e a dor muscular. Do mesmo modo, mudanças de potencial no córtex sensorio e motor tem sido considerado nessa gênese (ib.:212).

Alteração dos vasos sanguíneos dos membros superiores tem sido associado com exposição prolongada a vibrações transmitidas diretamente às mãos por ferramentas ou processos de trabalho, com sintomas semelhante aos observados no conhecido fenômeno de Reynaud: dedos pálidos ou roxos em decorrência de uma perfusão deficiente de sangue, também ocorrem "na exposição a vibrações de diversas frequências, acelerações, magnitudes e duração" (ib.:212). Alguns autores chegam a defender que "o alcance da constrição do fluxo vascular parece que depende da dose de vibração expressa como função da duração e magnitude da exposição" (ib.:212). Entretanto, outros estudos revelam que "uma redução no fluxo sanguíneo vascular na mão oposta, não exposta à vibração", sugere que "mecanismos vasculares motores

mediados tanto de modo central quanto local estão envolvidos na patogênese das desordens vasculares" (ib.:212).

### **2.3.1 A relação epidemiológica entre WRULD e ocupação**

A relação entre ocupação e desordens musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho está fundamentada em "estudos epidemiológicos que envolvam grandes populações de trabalhadores" e tem sido praticada de modo cada vez mais freqüente. Cada vez mais esses estudos confirmam e dão positividade a essa relação entre trabalho e doença (ib.:212).

Entre o estudos com grandes populações está um levantamento publicado pela NIOSH (1997), que realizou uma extensa revisão de evidências epidemiológicas dessas desordens musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho nos EUA. O estudo incluiu queixas que se localizavam nas regiões do pescoço/ombro, ombro, cotovelo e mão/punho, identificou fatores de risco físicos relacionados ao trabalho em tendão, nervo, músculo e vias circulatórias e vasculares, utilizando-se de uma combinação de sintomas referidos pelo paciente e o exame físico (ib.:212). As doenças avaliadas foram 1) a síndrome da tensão do pescoço, 2) a tendinite do rotador redondo, 3) a síndrome de impedimento do ombro, 4) a epicondilite do cotovelo, 5) a síndrome do túnel do carpo, 6) a tendinite de punho e mãos e 7) a síndrome da vibração em mão e braço (ib.:212).

A análise dessas evidência, afirmam os autores, permitem sustentar uma relação positiva de causalidade entre trabalho físico e "desordens" em partes específicas do corpo. Os fatores de risco do trabalho que mostraram uma relação positiva entre desordens do pescoço e dos membros superiores foram "repetição, força e postura no trabalho para desordens do musculoesqueléticas do cotovelo e tendinites de

punho e mão" e a "combinação desses três fatores com exposição à vibração mostrou relação positiva com síndrome do túnel do carpo (ib.:212).

Outro aspecto considerado pela revisão da NIOSH foi o das relações entre "fatores psicossociais do trabalho" e desordens musculoesqueléticas relacionadas ao trabalho, para mostrar que a "intensificação da carga de trabalho, o controle precário do trabalho, a falta de suporte social e a monotonia das tarefas podem estar envolvidos no desenvolvimento do processo" mórbido, apesar de "alguma inconsistência nos estudos revisados" (ib.:212).

A revisão reconhece também que fatores individuais, como a história de uma doença prévia, assim como fatores não ocupacionais, como a prática de esportes, podem aumentar o grau de risco da exposição. Entretanto, essas afirmações "não alteram de modo substancial a associação entre exposição a fatores de risco do trabalho e o desenvolvimento de desordens musculoesqueléticas do pescoço e dos membros superiores (ib.:212).

Outra grande revisão da literatura epidemiológica sobre o tema foi promovida pela *National Research Council* em 1999, a qual focalizou mecanismos biológico e medidas de intervenção em locais de trabalho, "concluiu que existe uma relação positiva entre a performance no trabalho e as desordens musculoesqueléticas que afetam o pescoço e as extremidades superiores" (Buckle e Devereaux, 2002:213). Essa relação foi observada em estudos com expostos a fatores de risco biomecânicos em níveis altos, que variou de modo significativo quando foram comparados a grupos com diversos graus de exposição a esses mesmos fatores. Reforçando ainda mais essas concepções, outras evidências "sugerem que a redução na exposição a cargas biomecânicas reduz a prevalência subsequente de desordens musculoesqueléticas do pescoço e das extremidades superiores" (ib.: 213).



Finalmente, o último exemplo é a revisão realizada na Itália por Grieco *et al* (1998), em um estudo epidemiológico sobre desordens musculoesqueléticas devido a cargas biomecânicas, o qual concluiu que é "cientificamente sustentável" "uma relação entre a performance no trabalho e certas desordens musculoesqueléticas específicas, como a tendinite do ombro, do punho e da mão, a síndrome do túnel do carpo e a síndrome da tensão do pescoço" (ib.:1253).

Os argumentos de certos estudos que encontram desordens musculoesqueléticas entre trabalhadores sob baixos níveis de exposição, são ponderados por Buckle e Devereux (2002) para que se "considere os fatores individuais, organizacionais e sociais no desenvolvimento de desordens num contexto como esse", que podem ter "um impacto moderado no desenvolvimento de desordens musculares" pois "podem influenciar a susceptibilidade individual para a incidência, severidade ou etiologia" dessas alterações mórbidas (ib.:213). Em conclusão, afirmam os autores à Comunidade Européia:

Desordens musculoesqueléticas do pescoço e das extremidades superiores são um problema significativo na União Européia com relação a custos e a saúde dos enfermos. Há boas evidências sustentando uma patogênese biomecânica para algumas WRULDs. Há uma relação positiva forte entre WRULDs e a performance de trabalho de acordo com evidências epidemiológicas. O conhecimento científico disponível poderá contribuir para a atenção das WRULDs na União Européia (ib.: 213).

**PARTE II**

## INTRODUÇÃO

### **Medicina do trabalho: uma especialidade clínica**

Nesta segunda parte da tese, terá lugar a análise da medicina em sua relação com a LER/DORT. Esta tarefa está subdividida em três partes, incluída esta introdução e mais dois capítulos. Nesta primeira parte, mais breve, é apresentada uma descrição, feita por médicos, da medicina do trabalho. Esta é definida como o conhecimento médico das doenças que mantêm relações de causalidade com o trabalho. No capítulo seguinte a esta introdução, será descrita a prática clínica propriamente dita, ou seja, a medicina enquanto clínica, contemplando a relação entre médico e paciente ou, ainda, a aplicação prática do conhecimento que o médico realiza durante a consulta com o doente.

Inicialmente, tomemos *O Livro das Especialidades Médicas*, organizado pelo cirurgião Evaldo D'Assunção (2000), cujo objetivo, conforme está expresso pelo autor, é "auxiliar os estudantes de medicina na escolha de suas especialidades futuras". São 109 especialidades médicas descritas, entre elas a "medicina do trabalho", cujo texto é da autoria dos professores Elizabeth Dias<sup>25</sup> e René Mendes<sup>26</sup>. A propósito das "origens e o campo de atuação" dessa especialidade, Dias e Mendes (2000) começam lembrando que "é relativamente recente uma produção mais sistemática sobre o tema", apesar das relações entre trabalho e doença serem reconhecidas desde a história antiga, através de obras de arte, historiadores, filósofos e escritores (ib.:109).

---

<sup>25</sup> Professora da "área de saúde e trabalho" da Faculdade de Medicina da UFMG e presidente da Associação Mineira de Medicina do Trabalho.

<sup>26</sup> Organizador da volumosa obra *Patologia do Trabalho* e titular de Medicina Preventiva da mesma UFMG.

O começo dessa sistematização, que culminou na medicina do trabalho, é identificado com a obra *As Doenças dos Trabalhadores*, publicado em 1700, pelo médico italiano Bernardino Ramazzini, considerado o pai da medicina do trabalho pela autoria desse livro. Todos os historiadores da medicina do trabalho chamam a atenção para o fato de que ele, pela primeira vez, ressaltou a necessidade dos médicos perguntarem a ocupação atual e pregressa de seus pacientes, e incorporou essa informação no cabedal de perguntas que compreende o ritual do diagnóstico clínico (ib.:109).

A Revolução Industrial desencadeou "transformações radicais na forma de produzir e viver das pessoas e, portanto, também, em seus modos de adoecer e morrer, que deu novo impulso à Medicina do Trabalho". As novas tecnologias e as mudanças sociais transformaram a medicina do trabalho, que incorporou novos enfoques e novos instrumentos de trabalho e, numa perspectiva interdisciplinar, tem participado do campo da Saúde Ocupacional ou, mais recentemente, com a incorporação do discurso dos movimentos sociais, do campo da Saúde dos Trabalhadores (ib.:109).

Hoje, afirmam esses autores:

A medicina do trabalho pode ser definida como a especialidade médica que lida com as relações entre a saúde dos homens e mulheres trabalhadores e seu trabalho, visando não somente a prevenção das doenças e dos acidentes do trabalho, mas a promoção da saúde e da qualidade de vida, através de ações articuladas capazes de assegurar a saúde individual, nas dimensões física e mental, e de propiciar uma saudável inter-relação das pessoas e destas com seu ambiente social, particularmente, com seu trabalho (ib.:109).

A especialidade tem um campo de atuação bastante amplo e distinto do "âmbito tradicional da prática médica". De modo esquemático, ressalta-se, dentro do "campo preferencial" de exercício profissional para o médico do trabalho:

O campo das empresas, em que o médico do trabalho é um empregado celetista, que cumpre jornadas de 20 ou 30 horas semanais, fazendo parte do SESMT – Serviços Especializados de Engenharia de Segurança e de Medicina do Trabalho<sup>27</sup>, conforme determina a CLT – Consolidação das Leis do Trabalho; o médico também pode trabalhar enquanto um "prestador autônomo de serviços médicos" às empresas, que recebe seus honorários por "produção" e suas principais tarefas consistem em elaborar exames médicos definidos em um PCMSO (Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional) dos empregados<sup>28</sup>, controlar absenteísmo, prestar serviços de "consultoria médica" em lides trabalhistas ou civis etc;

O campo de auditoria do Ministério do Trabalho, em que médicos do trabalho atuam na elaboração de normas e na fiscalização das condições de saúde e segurança no trabalho<sup>29</sup>, de atendimento na rede pública de serviços de saúde ou de desenvolvimento de "ações de saúde do trabalhador" em programas e ações inovadoras etc;

O campo sindical, como empregados ou como "assessores sindicais", atuando "em saúde do trabalhador, nas organizações de trabalhadores e de empregadores";

O campo da perícia médica, como médicos peritos lotados na Previdência Social, enquanto seguradora do Acidente do Trabalho (SAT), ou atuando junto ao poder judiciário, como peritos em processos trabalhistas, ações cíveis e ações da Promotoria Pública;

O campo da pesquisa e das instituições de ensino, envolvidos na atividade docente de formação e capacitação profissional (adaptado de Dias e Mendes, 2000:110).

O caráter particular da especialidade, ressaltam os autores, é que para o exercício da medicina do trabalho "é importante que o profissional tenha uma boa formação em Clínica Médica e domine os conceitos e as ferramentas da Saúde Pública". A clínica e a saúde pública são os pilares sobre os quais o médico do trabalho deve apoiar suas práticas em seu campo de atuação profissional, e têm a particularidade de se voltar para "o mundo do trabalho, em seus aspectos sociológicos, políticos, tecnológicos, demográficos, entre outros" (ib.:110).

---

<sup>27</sup> As características desse SEMT serão vistas especialmente no Capítulo 6.

<sup>28</sup> As especificidades desse PCMSO também serão vistas no Capítulo 6.

<sup>29</sup> Conforme as competências definidas pelos artigos 154-2000, da CLT.

A regulamentação profissional, através da Resolução 1488/98, estabeleceu "diretrizes para os procedimentos profissionais e éticos a serem cumpridas por todos os médicos que atendam trabalhadores, independentemente de sua especialidade" (ib.:110). Nesse sentido, todo médico deverá possuir "algumas competências mínimas que permitam entender as relações entre o trabalho e a saúde dos trabalhadores", definidas por como obter uma história ocupacional de seu paciente, reconhecer os sinais e os sintomas das doenças relacionadas ao trabalho, conhecer a epidemiologia de fontes de exposição e de agentes ambientais e ocupacionais mais comuns, saber lidar com as fontes de informação, recursos clínicos e laboratoriais necessários para o estabelecimento do diagnóstico e para a definição das condutas médicas mais adequadas, assim como conhecer os procedimentos legais e previdenciários pertinentes a cada caso (ib.,:110).

A capacitação ou especialização em medicina do trabalho é ministrada principalmente por instituições de ensino com propostas distintas de organização e estratégias pedagógicas, geralmente sob a forma de cursos com "uma carga horária mínima de 360 horas" ("parâmetros mínimos definidos para os Cursos de Especialização pelo Conselho Federal de Educação"). Esses cursos são relativamente recentes, originaram-se principalmente na década de 1970 e poucos avanços têm resultado dos "inúmeros esforços [que] têm sido feitos na direção de melhorar e aperfeiçoar esse processo"(ib.:111). Em conseqüência, exceto por casos isolados, essa formação geralmente não responde de modo adequado às necessidades da preparação profissional que atenda ao que é "demandado pelo mercado". A descrição dos cursos coaduna-se com uma política de desqualificação da classe médica, ao invés de uma especialização:

Desenvolvidos à noite, para alunos esgotados com as atividades de uma rotina de trabalho pesada e consumidora de energia, muitos destes cursos contam com um componente prático reduzido ou ausente, tendo um caráter mais informativo que formativo. Perpetua-se, assim, o ciclo da baixa capacitação profissional e exercício da

especialidade pobre ou inadequado: desqualificação profissional e baixa remuneração e marginalidade (ib.:111).

Uma alternativa a esses "cursos de especialização" tem sido a "residência médica" que, independente do modo como são chamadas ("medicina do trabalho", "saúde ocupacional" ou "saúde do trabalhador") são recomendadas pelos autores se têm como área de concentração a "medicina social". Sobre essa modalidade de especialização, os autores comentam:

A preparação dos Médicos do Trabalho através da Residência Médica ganhou expressão nos anos 80, no bojo do movimento da Saúde do Trabalhador. Surgiram organizadas no âmbito dos Departamentos de Medicina Preventiva e Social, ou de Saúde Comunitária, como uma área de concentração em Medicina do Trabalho, Saúde Ocupacional ou Saúde do Trabalhador nas residências em Medicina Social ou Medicina Comunitária.

Na grande maioria dos casos, os programas são organizados de modo que o médico residente cumpra um programa básico de formação em Saúde Pública no primeiro ano e faça sua formação específica no segundo ano, na forma de estágios em Ambulatórios e serviços especializados de atenção ao trabalhador na rede pública de serviços de saúde, junto a Serviços Especializados de Engenharia de Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT) de empresas; em Serviços de Saúde de Sindicatos de trabalhadores, além de participar de atividades acadêmicas de seminários, cursos visando o aprofundamento teórico e a aquisição de habilidades em temas específicos. (ib.:111).

Esses programas têm registrado avanços na qualificação dos profissionais inseridos no mercado de trabalho, afirmam os autores, e deve-se ressaltar ainda que a especialização conferida pela residência médica reivindica para si um caráter de especialidade diferenciado daquele obtido pelos médicos formados pelos cursos de especialização:

O objeto de questionamento permanente dos residentes tem sido a pouca discriminação que o mercado de trabalho faz em relação ao título conferido. Na prática, o egresso de um curso de especialização com 360 horas de duração compete, em igualdade de condições, pelo emprego ou contrato de trabalho, que aquele da residência que

cumpriu um programa de dois anos, com uma carga horária superior a 5.000 horas (ib.:112).

Independente dessa querela, o reconhecimento profissional do médico do trabalho e da medicina do trabalho, enquanto prática profissional e especialidade próprias, ainda vigora segundo a regras definidas pelo Ministério do Trabalho, em 1978:

Segundo estabelecido pelo Ministério do Trabalho, na Norma Regulamentadora Nº 4, da Portaria 3.214/78, são considerados Médicos do Trabalho “os médicos portadores de certificado de conclusão de curso de especialização em Medicina do Trabalho, em nível de pós-graduação, ou portador de certificado de Residência Médica em área de concentração em Saúde do Trabalhador ou denominação equivalente, reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica, do Ministério da Educação, ambos ministrados por universidade ou faculdade que mantenha curso de graduação em Medicina” (ib.:113).

Outra instância de registro profissional é o Conselho Regional de Medicina, que anota na "Carteira de Médico" a "especialidade comprovada pelo profissional", a qual obedece ao "mesmo critério estabelecido na Norma do Ministério do Trabalho". Além do Conselho, os médicos podem se filiar à Associação Nacional de Medicina do Trabalho (ANAMT), "a entidade de âmbito nacional, de caráter científico e profissional", que tem como finalidades "a defesa da saúde do trabalhador, o aprimoramento e a divulgação científica e a defesa e valorização profissional, nos termos do Código de Ética Médica" (ib.: 113). A ANAMT também concede o título de especialista "aos profissionais que se submetem e são aprovados no processo de certificação, geralmente constituído por uma prova de conhecimento e julgamento de títulos", realizada trienalmente nos congressos da especialidade. Finalmente, em cada estado da Federação, os médicos do trabalho estão organizados nas suas "associações estaduais" de Medicina do Trabalho, assim como a ANAMT está vinculada à *International Commission on Occupational Health – ICOH* (Dias e Mendes, 2000:113).



## CAPÍTULO 4

### Uma história do encontro clínico

Nesta segunda parte, será enfocada a clínica, vista em seus aspectos epistemológico e ontológico. Neste sentido, o presente capítulo apresenta a historicidade da prática médica, buscando compreender a aplicação do conhecimento médico no exercício clínico. Para isto, a obra intitulada *The hermeneutics of medicine and the phenomenology of health*, do filósofo da medicina Fredrik Svenaeus (2000), foi tomada como referência fundamental.

Para esse autor, a clínica é antes de tudo "um encontro interpretativo que ocorre entre duas pessoas (o médico ou algum outro profissional de saúde e o paciente) com a finalidade de interpretar e curar aquele que está doente e vem à procura de ajuda" (ib.:11). Assim, o termo medicina significa "primeiro e principalmente uma prática e não uma ciência" (ib.:11).

Svenaeus realiza um levantamento histórico e seletivo do "encontro clínico" entre médico e paciente, desde o advento da medicina ocidental com Hipócrates na Grécia antiga, realçando certas características adquiridas com o Cristianismo, a velha tradição islâmica e o Renascimento, até as mudanças perceptuais que ocorrem com o desenvolvimento da anatomia patológica.

#### 1. O encontro clínico

Em seu "esboço histórico da relação médico-paciente", Svenaeus começa afirmando que a doença sempre pertenceu à condição humana, assim como o cuidado fornecido aos doentes parece ser tão velho quanto a própria humanidade. O conhecimento das

ervas terapêuticas que trazem alívio às enfermidades precedeu a escrita. Mesmo as organizações culturais mais distantes de nosso tempo, de um conhecimento médico integrado a cosmologias sobrenaturais, conheceram essa relação entre curador e enfermo:

O curador na medicina primitiva é, reconhecidamente, não só um médico, mas, acima de tudo, um tipo de curador espiritual que possui conhecimentos e poderes sobrenaturais. Esse "curador" ou xamã promove a cura de seus pacientes não só através de drogas, mas também através de amuletos ou fazendo expelir os demônios de seus corpos. O tratamento da enfermidade é escolhido conforme uma cosmologia que lhe fornece um sentido e prescreve curas mágicas de acordo com as diferenças de cada caso (ib.:12).

Apesar do caráter mágico e religioso dessas práticas terapêuticas, Svenaeus ressalta a presença de "uma forma distinta de relacionamento que podemos chamar de médica – a relação entre um curador e seu cliente" (ib.:12). Essa relação "médico-paciente", que além da necessidade do cuidado certamente teria sido dotada de confiança, ao fornecer um sentido para a enfermidade torna-se também um elemento central para a cura ou a terapêutica, mesmo que hoje em dia esse sentido pareça inócuo do ponto de vista da medicina contemporânea.

Um saber mais racional e menos mágico emerge na Grécia por volta de 400 aC . Nesta época, Hipócrates, considerado o fundador da medicina ocidental, produz um juramento médico que é ainda hoje seguido pelos médicos e sistematiza práticas curativas oriundas de tradições e culturas distintas, que incluíram provavelmente toda a antiguidade escrita do antigo e mágico Egito. A principal características desse saber grego, salienta Svenaeus, é a ruptura com o antigo saber mágico:

Os seguidores de Hipócrates, os asclepiades de Cós, Cnidos e Rhodes, eram muito mais parecidos com os médicos de hoje do que com os curadores egípcios antigos, caso consideremos sua rejeição aos modelos explanatórios sobrenaturais para a maioria das enfermidades, sua abertura aos argumentos racionais para tratar de temas sobre saúde e doença e sua acolhida sistemática da evidência

empírica que almejava estabelecer um prognóstico e encontrar uma cura para as diferentes enfermidades (ib.:12).

O médico hipocrático considera seu paciente como situado numa ordem mundial – um *cosmos* – do qual ele é o reflexo ou uma composição individual, e a enfermidade ocorre sempre que houver qualquer desequilíbrio nessa relação. A partir da constatação desse desequilíbrio, "por exemplo, o excesso ou a falta de certos fluidos do corpo, tais como sangue, bile ou fleuma", a cura consistia em prescrever uma dieta que restabelecesse esse balanço. "Esse conhecimento de um equilíbrio adquirido através de experiência e do argumento era a especialidade do médico hipocrático. Ele não era nem mágico e nem cientista, era apenas um artífice que oferecia seus serviços em troca de um pagamento" (ib.:13).

O historiador espanhol Pedro Lain Entralgo vê a relação entre médico e paciente na Grécia antiga como uma relação especial, caracterizada pela *filia*, ou amizade, um caráter que ele considera essencial para a medicina atual:

Imaginemos um evento médico típico. Além de guiado pelos seus interesses econômicos e profissionais, ele é movido pelo desejo de fornecer ajuda técnica ao incomodado. O doente, por sua vez, veio à consulta principalmente pelo fato de que deseja ser curado. Apesar das diferenças óbvias entre os dois motivos, os gregos tinham a perspicácia de dar-lhes o mesmo nome: ambos eram geralmente descritos como *filia* ou "amizade". "O homem doente ama o médico porque ele está doente", afirma Platão no *Lisis* (217-a). Onde há *philanthropia* (amor entre os homens) há também *philotecnia* (amor pela arte de curar), declara a famosa passagem helenista do *Praecepta* hipocrático (LIX, 258) (Lain Entralgo, 1969, citado por Svenaeus, 2000:14).

Esses duas características da relação médico-paciente – "uma transação de negócios" ou "um encontro baseado na urgência de interpretar e ajudar" – parecem também ter permanecido desde Hipócrates até os dias atuais na prática médica (Svenaeus, 2000:14). Assim, ainda conforme Lain Entralgo, a medicina hipocrática é antes de tudo uma "habilidade manual", ou seja, "uma arte e prática que almejam curar o

paciente através das habilidades do médico", as quais "são adquiridas através de experiência e de argumentação racional e são fundamentadas em certas teorias de saúde e de enfermidade, enquanto equilíbrio e desequilíbrio, na constituição dos seres humanos (ib.:14).

Durante um encontro clínico, "o médico avalia e interpreta a situação do paciente – o seu estado de saúde – para encontrar uma cura" e, nesta tarefa, utiliza-se de duas fontes principais de interpretação: a história e a aparência física do paciente (ib.:14). Por outro lado, o paciente "deve depositar sua inteira confiança no médico para contar sua história, mostrar o seu corpo e seguir a sua prescrição" (ib.:15). A importância da *filia* como elemento dessa perspectiva é ressaltada: "Para que a prática tenha sucesso, deve-se desenvolver uma relação básica de confiança entre as duas presenças individuais no encontro clínico (ib.:15).

Um outro aspecto que Svenaeus ressalta é o tipo de racionalidade de que se revestia a prática médica antiga. Nesse sentido, as relações entre medicina e filosofia, muito mais próximas na Grécia antiga do que nos dias atuais, estabeleceram correspondências específicas entre a medicina e o corpo assim como entre a filosofia e a alma. Embora existissem analogias entre medicina e filosofia desde as antigas tradições do pensamento grego, Demócrito foi o primeiro a estabelecer uma analogia entre tratamento médico do corpo e *logoi* (fala e argumento) como um *pharmakon* para a alma (ib.:15).

A relação entre terapia verbal e medicina na Grécia antiga vem dos cantos homéricos, do poder dos argumentos de Platão e Aristóteles, e Lain Entralgo ressalta o poder curativo das palavras sobre a mente, que era capaz de produzir "parcimônia" (*sophrosine*) (ib.:15). Desse modo, a estreita relação entre medicina e filosofia era revestida de certa reversibilidade, no sentido de que "não só as teorias empregadas na prática médica têm uma origem filosófica, mas também a filosofia no mundo

antigo, assim como a medicina, era uma prática, mais que uma teoria, que tinha uma missão educativa e terapêutica" (ib.:15).

Apesar das inúmeras diferenças entre o encontro médico hipocrático e o moderno – as consultas eram públicas, geralmente assistidas por uma audiência que circundava o atendimento, constituída pelos amigos ou familiares do doente, curiosos ou alunos do médico – Svenaeus ressalta que "eles compartilhavam o mesmo foco de atuação sobre a saúde do indivíduo e sobre os deveres do médico em relação ao seu paciente" e, como "desde então faziam isso costumeiramente", pode-se falar de "uma tradição da medicina ocidental", do mesmo modo que a permanência dos juramentos de Hipócrates tem sido uma fonte de ética para a medicina até os dias de hoje (ib.:16).

### **1.1 A relação médico-paciente na era pré-moderna**

Até o final do século XVI, há um longo período sem grandes mudanças no conhecimento médico e na relação médico-paciente. Inicia-se, então, a revolução científica que culminou com o nascimento da medicina moderna em 1800. A prática médica antiga – *iatroi, medici* – com suas teorias dos "humores, elementos e qualidades", continuou a vigorar junto a outras práticas, mesmo mágicas ou de curadores leigos, pois não havia escolas médicas especiais para a formação de médicos e a sistematização do conhecimento. O nascimento do ensino médico em universidades, inclusive separado da cirurgia, ocorreu apenas a partir do século XVIII, na Europa (Svenaeus, 2000: 16).

A medicina helenista estava dividida em escolas ou seitas distintas, agrupadas pelos historiadores em duas linhas: a dos dogmáticos, que enfatizavam a necessidade de uma teoria etiológica *a priori* da enfermidade; e a dos empíricos, que ressaltavam a importância da experiência clínica individual com o paciente e da atenção ao paciente no contexto de sua doença. Após a conquista de Roma pela medicina grega,

os dogmáticos e empiristas reorganizaram-se em novas seitas, "pneumatistas", "metodistas" etc., que vigoraram durante o primeiro século depois de Cristo. Uma unificação foi praticada por Galeno de Pérgamo (129-216 dC), que publicou vários livros e reviveu a tradição de Hipócrates ao glorificá-lo como "o pai da medicina", o único que deveria ser lido além dele próprio. Desse modo, quanto ao ensino da profissão, "a literatura médica estudada na Europa medieval consistia quase exclusivamente dos trabalhos de Galeno e de Hipócrates" (ib.:17).

Entre as principais contribuições de Galeno estão o estudo da qualidade do pulso, a inspeção da urina e a consideração da anatomia humana, que era estudada através da anatomia comparada pela dissecação de animais. Além disso, Galeno tornou-se muito famoso, foi médico de senadores e altos dignitários romanos, tendo inclusive descrito uma consulta que realizou para o imperador Marco Aurélio:

Apenas as luzes se acenderam, um mensageiro veio e conduziu-me até o imperador, conforme ele havia ordenado. Três médicos debruçavam-se sobre ele, dois seguravam seu pulso e todos concordavam que um ataque de febre estava chegando. Eu posicionei-me ao lado e não disse nada. O imperador olhou para mim e perguntou porque eu não palpava seu pulso, como os outros dois faziam. Eu respondi: "Esses dois colegas meus já fizeram isso e, como eles vêm acompanhando Vossa Majestade diariamente, eles certamente sabem melhor que eu que seu pulso é normal, de modo que eles podem julgar melhor o seu estado atual".

Quando eu disse isso, ele me pediu para eu também sentir seu pulso. Minha impressão foi que – considerando sua idade e sua constituição corpórea – seu pulso estava muito distante de um ataque de febres, mas sua barriga ainda estava estufada com a refeição que ele tinha comido no dia anterior, que tinha se tornado uma lama fecal viscosa. O imperador agradeceu meu diagnóstico e disse, três vezes seguidas: "É isso. É exatamente como eu disse. Eu comi muita comida gelada, de fato".

Então perguntou-me que medidas ele deveria tomar. Eu respondi o que sabia para casos similares, dizendo: "Se Vossa Majestade fosse um cidadão comum desse país, eu prescreveria, como faço habitualmente, vinho com um pouco de pimenta. Mas, para um

paciente real, como é o caso, os médicos geralmente recomendam um tratamento mais leve. Acho que seria suficiente cobrir sua barriga com um cobertor untado com bálsamo de salva quente" (Porter, 1997:73-4, citado por Svenaeus).

A queda do Império Romano e o desenvolvimento do cristianismo mudaram substancialmente essa noção de enfermidade. A religião cristã considerava o sofrimento e a doença como punições de Deus por uma vida pecadora. O doente deveria suportar a doença em um silêncio obsequioso, fortalecido por orações e penitência. "Aqueles que procuram a cura na terapêutica médica e não nas orações, arriscam-se a serem olhados com desconfiança e desprezo" (Svenaeus, 2000:17). Por outro lado, "tentativas de curar enfermidades por meio físico poderiam não só serem vistas como inúteis, mas também como algo potencialmente pecador – como uma afronta à vontade de Deus". Mas, mesmo considerando esse caráter religioso da enfermidade, a maioria das pessoas seguramente procurava alívio e cura para suas mazelas e, como nem todo mundo era santo, os médicos continuaram sua profissão e proliferaram durante a Idade Média, mesmo não sendo considerados em alta estima na hierarquia social daquela época (ib.:17) .

O cristianismo, entretanto, também trouxe uma nova atitude dos cristãos em relação aos pobres, pois cuidar de seu vizinho necessitado, principalmente estando enfermo ou sofrendo, era uma obrigação do bom cristão. Essa maneira de "cuidar com amor" para fornecer alívio ao moribundo foi muito acentuada no cristianismo inicial e, a partir do século IV, começaram a surgir hotéis cuja finalidade era cuidar de doentes. Deste modo, medicina e a religião mesclavam-se em uma nova forma:

O crescimento dos mosteiros significa que os monges combinavam o cuidado da alma com o cuidado da enfermidade do corpo e foi nesses mosteiros que vários elementos do conhecimento da medicina antiga foram preservados durante a Idade Média na Europa, principalmente entre os anos 600 e 1100 (ib.:18).

Além dessas experiências especiais, a medicina era exercida de fato pelos médicos em pequenas vilas ou cidades e em torno de residências da nobreza ou dos homens ricos. Nessa época, uma nova ordem impunha como obrigação aos médicos cuidar também da alma de seus pacientes. A eternidade da alma era mais importante do que o sofrimento temporário do corpo e "a pior coisa que poderia acontecer a um médico era seu paciente morrer sem confessar os seus pecados a um padre" (ib.:18).

O consolo da alma, ou seja, a conversação e a "troca espiritual" entre o médico e o seu paciente, era a parte mais importante do encontro clínico dessa época; o exame físico limitava-se à palpação do pulso e à inspeção da urina, assim como o tratamento restringia-se a prescrições dietéticas, sangrias, cirurgias simples e purgativos, que também podia ser ministrado por cirurgiões, leigos ou curiosos. Uma mudança essencial na tradição médica Ocidental ocorreu por volta de 1100, representada pela famosa escola de Salerno, no sul da Itália, fundada, conforme a tradição popular, por um romano, um judeu, um árabe e um grego, que trouxeram consigo os escritos de Hipócrates. Na verdade, Hipócrates, assim como vários livros de Galeno, haviam sido traduzidos para o árabe e retornaram à Europa nessa época, através da tradição médica islâmica. Desse modo, a disseminação das primeiras universidades pela Europa<sup>30</sup>, fez retornar as teorias da medicina antiga e estabelecer a prática da dissecação humana (ib.:19).

O médico formado pelas universidades possuía uma licença especial que lhe distinguiu perante cirurgiões e outros curadores, e sua clientela era constituída principalmente pela elite rica das grandes cidades, enquanto a maioria da população era atendida por médicos práticos, sem licença ou estudos específicos. Os "médicos de elite" começaram a organizar-se em sociedades médicas, como o Colégio Real de Médicos em Londres, formado em 1518, que excluía completamente os médicos

---

<sup>30</sup> Bologna em 1180, Paris em 1200, Salamanca em 1218 e Pádua em 1222, etc (conforme Svenaus, 2000:19).



leigos rurais. Estes, sem licença, cuidavam dos pobres em suas próprias casas ou nos hospitais (ib.:19).

A Renascença Italiana trouxe de volta os textos clássicos de Hipócrates e Galeno, desta vez diretamente do grego original. O estudo da anatomia renovou-se através da arte, principalmente através de Andreas Vesalius (1514-64), que necropsiava cadáveres de criminosos executados e refutava muito da velha teoria anatômica e funcional de Galeno. É desta época, também, o irascível Paracelsus (1482-1546), que criticava a concepção dos sistemas humorais e propunha um enfoque químico para explicar as relações internas e externas do corpo humano. Thomas Sydenham (1624-89), aclamado como "o Hipócrates inglês", defendia a prioridade da observação e da experiência em detrimento da teoria e até mesmo da dissecação. Ensinava ele:

Está tudo muito bem", ele dizia aos jovens discípulos, mas não serve – Anatomia, Botânica – são bobagens! Meu caro, eu conheço uma mulher velha no Jardim do Convento que entende de plantas melhor do que qualquer botânico e, de anatomia, meu açougueiro pode dissecar perfeitamente uma junta. Agora, meu rapaz, ouça meu conselho, você deve ir para a beira do leito pois é sozinho com o doente que você vai aprender a doença (Sydenham, citado por Porter, 1997:229).

Educado em Oxford, com longa experiência prática como médico no exército e na investigação de epidemias de varíola e outras febres, Sydenham afirmava que a medicina era uma arte que se aperfeiçoava através da observação do paciente e da avaliação da conduta terapêutica do médico. Ao invés de antigos textos, dizia ele, deixe viger a prática:

Eu me convenci de que aqueles médicos que aprendem primeiramente com seus próprios olhos – e não através de livros – o fenômeno natural das diferentes doenças, devem necessariamente sobressair-se na arte de descobrir que, qualquer que seja o caso, são as verdadeiras indicações enquanto medidas remediadoras que deveriam ser empregadas (Sydenham, citado por Svenaeus, 2000:19).

Além disso, dizia ele, a doença é algo que deve ser vista como uma "entidade específica", que deve ser reduzida até uma certa *species* e classificada com o mesmo empenho e rigor de um espécime vegetal num catálogo botânico. No plano filosófico, o século XVII inicia as bases da revolução científica com Descartes e Bacon, que obviamente têm suas repercussões na medicina. A influência de Descartes na filosofia da medicina consistiu sobretudo na modificação do modo "metafísico" de pensar e no modo dualista de separar corpo e mente (ib.:19). Mas, nessa época, ressalta Svenaeus, apesar do livro de William Harvey que revolucionou a fisiologia da circulação sanguínea, ou das observações de bactérias e corpúsculos microscópicos que se tornam visíveis por Leeuwenhoek, a prática clínica do médico até o século XVII continuava "essencialmente galênica". O diagnóstico das doenças pelo médico, conforme resume Stanley Reiser, era dividido em três fases:

Para determinar a natureza de uma doença, o médico do século XVII confiava principalmente em três técnicas: o estado do paciente através das palavras que descrevem seus sintomas, a observação dos sinais da doença pelo médico, a aparência física e o comportamento do paciente e, mais raramente, o exame manual do corpo do doente pelo médico (Reiser, 1978, citado por Svenaeus, 2000:20).

Nessa época, o médico raramente examinava o corpo do paciente. Vários fatores contribuem para explicar essa conduta, entre eles a castidade religiosa, mas havia também certa preocupação para que o médico parecesse fundamentado numa teoria e não fosse confundido com cirurgiões, barbeiros e outros tipos de curadores práticos. "O médico, ao contrário do cirurgião, é um pensador e não um palpador" (Porter & Porter, 1989, citado por Svenaeus, 2000:20). Até o século XVII, portanto, a medicina não via o corpo como um recipiente fechado e funcional que pudesse ser aberto à procura de doenças:

Patologias humorais eram detectadas pela aparência geral, pelo comportamento e pelo caráter do paciente, assim como pelos sinais que pudessem ser discernidos sentindo-se o pulso e a temperatura e examinando-se suas fezes e sua urina. Além disso, o médico algumas

vezes examinava a língua e os olhos do paciente, cheirava seu hálito e em alguns casos estudava manchas em sua pele (ib.:21).

Então, sobre a primeira técnica, conforme vimos com Reisner, Svenaeus afirma que é unânime na história da medicina o papel central da "história dos sintomas" no diagnóstico clínico das doenças:

A ajuda mais importante para se fazer um diagnóstico correto era, portanto, a própria história do paciente. Somente o paciente tinha acesso direto aos seus sintomas e estes eram fundamentais para o diagnóstico. Os próprios pensamentos e sentimentos do paciente sobre sua enfermidade ocupavam, de maneira óbvia, o centro da medicina pré-moderna (ib.:21).

Essa é a principal diferença entre a medicina pré-moderna e a medicina moderna, afirma Svenaeus: a mudança de perspectiva sobre o paciente, que passa de pessoa a objeto de investigação (ib.:21). Essa influência do paciente durante o exame deve ser considerada sobre o pano de fundo do baixo prestígio profissional do médico, um aspecto que é ressaltado por vários autores. Os médicos leigos, como já foi dito, não tinham prestígio social algum. Mas mesmo os profissionais qualificados em universidades, que gozavam de boa reputação e tinham seus clientes entre aristocratas e burgueses ascendentes, situavam-se em posições sociais inferiores à de seus pacientes. Em decorrência:

O paciente podia dominar o encontro de um modo que seria impossível nos dias atuais. O estabelecimento de um diagnóstico, freqüentemente, tinha a forma de uma negociação entre o médico e o paciente, durante a qual este sugere causas e explicações para sua enfermidade, pois necessitava do médico apenas para confirmar o seu entendimento [sobre a enfermidade] (ib.:21).

A principal tarefa do médico era, como ainda é hoje, prescrever uma terapêutica. Os pacientes estavam muito mais interessados na cura do que no diagnóstico; achavam, inclusive, que havia tantas possibilidades diagnósticas para seus incômodos quanto maior fosse a variedade de médicos existentes. Além disso, o baixo prestígio do médico associado aos recursos terapêuticos muito pobres – que eram quase os

mesmos em relação à Antiguidade e consistiam basicamente no uso de algumas drogas, em eliminações forçadas e sangrias – favoreciam a competição profissional com cirurgiões, farmacêuticos e outros curadores (ib.:21).

Outra característica importante da clínica pré-moderna que vinha desde a Grécia antiga era o caráter público da consulta médica. A privacidade do encontro começa apenas a partir do século XIX. Até então, as consultas ocorriam geralmente em meio a uma "assembléia" familiar e de amigos que, além do paciente, ouviam e opinavam sobre diagnóstico, possibilidades de tratamento, prognóstico etc.: "Muitas vezes, vários médicos e curadores reuniam-se à beira do leito do doente e debatiam sobre o diagnóstico correto". Assim também, era comum chegar-se ao diagnóstico sem ver o doente, através de cartas com relatos da enfermidade, que o médico respondia e prescrevia por correspondência, mesmo sem conhecer pessoalmente seu paciente (ib.:21).

Deve-se ressaltar que embora o médico pré-moderno atribuísse muito mais significado ao relato da vida e da enfermidade do paciente do que é atribuído hoje em dia pela medicina moderna, esse aspecto não deve conduzir a uma conclusão apressada de que o paciente, enquanto sujeito do diagnóstico, fosse considerado uma pessoa nos moldes atuais. O encontro médico, antes de ser redefinido pela medicina moderna, tinha um sentido de "entre iguais", que era muito mais forte do que é hoje em dia, em que o médico simplesmente comanda o exame. Mas não se pode concluir apressadamente, diz Svenaeus, que a consulta antiga fosse mais "humana" do que a contemporânea. Nesse sentido, ele escreve:

Além de terapias inúteis e dolorosas, deduzidas de premissas falsas sobre o desenho do corpo humano, os seres humanos pré-modernos – os pacientes, assim como os médicos – tinham um sentido para o *self* privado e para valores humanos diferente do atual. A vida humana não se submetia a nenhuma moral absoluta, fosse em teoria ou em prática. Os seres humanos eram concebidos como parte de um

grande desígnio, mas não como estando situados no centro desse desígnio – uma crença que formou a base de um sistema de valores muito diferente de nossa visão de mundo moderna (ib.:22).

É claro que há diferenças estruturais entre o sentido de identidade experimentada na *polis* grega, nos mosteiros da Idade Média, nas universidades da Renascença Italiana ou mesmo no atendimento clínico atual. O sentido desse esboço histórico não é comparativo, mas argumentativo. Svenaeus adverte que:

A medicina sempre foi e provavelmente sempre será primeiro e acima de tudo um encontro e uma prática. Medicina não é só ciência e nem só tecnologia, como a medicina moderna pode nos induzir a pensar. A ciência médica é apenas mais uma nova invenção (ib.:22).

O encontro clínico entre médico e paciente, alvo deste esboço histórico, certamente precedeu e de fato sobreviveu ao nascimento da medicina e da ciência moderna, embora o paciente, em consequência desse modelo de desenvolvimento, tenha se tornado “objeto, em um novo sentido, e não só sujeito do diagnóstico e do tratamento” (ib.:22).

## 1.2 O nascimento da medicina moderna

Para avaliar o nascimento da medicina moderna, Svenaeus fundamenta-se em dois autores: Richard Shryock e Michel Foucault. Ambos têm teorias diferentes sobre esse nascimento, mas concordam aproximadamente com o período, a revolução de 1789, e com certos eventos que consideram significativos:

A medicina moderna surge essencialmente da unificação de dois fenômenos: a clínica médica e a anatomia patológica. Nenhum desses fenômenos foi inventado por volta de 1800 em Paris, mas eles foram associados de um modo sistemático tal que criou uma nova abordagem do corpo humano e de suas doenças (ib.:22).

Nessa época, ocorre o desenvolvimento de um novo sistema educacional médico na França, que está voltado principalmente para os hospitais. O hospital, enquanto um

campo de práticas, propicia a permanência do médico à beira do leito e, desse modo, favorece a observação empírica e sistemática do corpo doente. Os pacientes deixam de ser classificados com base no que eles dizem aos médicos, seus sintomas são postos de lado por uma investigação que se volta principalmente para os sinais detectados através da inspeção direta dos corpos. Esses novos dados, obtidos através da experiência concreta do médico através do tocar, do olhar e do ouvir, permitem o registro de sinais similares que a partir de então passam a ser comparados (ib.:23).

Foucault tem razão, diz Svenaeus, quando diz que foi apenas em Paris que uma nova estrutura sistêmica e empírica de observar pessoas vivas vigorou ligada ao estudo dos corpos mortos, através da dissecação. Era o começo do "domínio ontológico da morte", conforme o filósofo Hans Jonas (1966:12). O corpo do paciente pode ser esquadrinhado pelo olhar que o vê como um espaço funcional aberto à sua inspeção projetiva. Conforme Foucault:

Estabelecer esses sinais (de doença)... é projetar sobre o corpo vivo toda uma estrutura de mapas anátomo-patológicos: desenhar o contorno pontilhado da futura autópsia. O problema, então, é trazer para a superfície aquilo que repousa na profundidade; a semiologia não é mais uma leitura, mas um conjunto de técnicas que tornam possível constituir uma anatomia patológica projetiva (Foucault, 1994, citado por Svenaeus, 2000:23).

Mas a anatomia patológica não nasceu na França; não esqueçamos que Giovanni Battista Morgagni (1682-1771) desenvolveu uma "anatomia mórbida" que enfatizava o papel da dissecação para revelar a "lesão" oculta da doença. A contribuição de Xavier Bichat, citado freqüentemente como o pai da medicina moderna, consistiu, conforme Shryock, em conciliar observação clínica e anatomia patológica:

Os médicos só conseguirão distinguir entre os diferentes distúrbios mórbidos se correlacionarem as observações de beira do leito e os achados anátomo-patológico. O médico só conseguirá esboçar uma nosografia racional tão necessária ao futuro progresso das ciências, se aperfeiçoar as observações clínicas e, ao mesmo tempo, aprofundar-se na anatomia patológica. O jovem francês de 1800 foi além da direção

dada por Morgagni, devido à sua busca persistente desses dois ideais – uma investigação da patologia mais totalizante nas pesquisas de Bichat e o aperfeiçoamento feito pelos seus colegas na técnica da observação clínica (Shryock, 1948, citado por Svenaeus, 2000:23).

Bichat, Pinel, Lâennec, todos compartilham a convicção de que "o corpo do paciente é um espaço funcional onde a doença reside". A partir de então, o corpo é concebido como um sistema funcional de órgãos e tecidos (mais tarde, de células e moléculas) e a doença é uma interferência nessas funções, que pode ser estudada através de observação, palpação e auscultação do paciente vivo e da dissecação do cadáver tão logo a vida se esvaia. As doenças passam a ser formas mórbidas de mudanças dos tecidos, que produzem sons e outros sinais especiais na superfície do corpo doente (Svenaeus, 2000:23).

Para estudar essa mudança que ocorreu em Paris por volta de 1880, Svenaeus ressalta características de duas perspectivas da história da medicina, distinguindo-as: a "visão progressiva", proposta pelos historiadores Richard Shryock e Owsei Temkin, e a "visão epistêmica", proposta pelo filósofo Michel Foucault .

A via progressiva considera que a medicina moderna resultou do trabalho árduo de homens bravos e de suas descobertas científicas, os quais desafiaram tradições religiosas e todo tipo de superstição e ignorância. "Eles só depositam sua confiança em evidências, naquilo que pode ser visto com seus próprios olhos, e não hesitam perante o trabalho sujo da dissecação" (ib.: 24). As descobertas desses homens sábios que desafiaram a medicina pré-moderna com um conhecimento empírico constituíram um corpo massivo de pensamentos e substituíram um sistema velho, sustentado pela ideologia conservadora e religiosa. Esse fenômeno não nasceu isoladamente na sociedade; aliás, ele nem mesmo seria possível sem outras mudanças nas ciências e na estrutura social. É desse modo que a medicina avança, progressiva e cumulativamente: "O papel da ciência nessa progressão é guarnece-la

com teorias e técnicas incrivelmente sofisticadas, com a ajuda das quais a medicina pode promover melhor o bem estar da humanidade" (ib.:24).

A via epistêmica relaciona esses mesmos eventos sobre o fundo de uma totalidade completamente diferente. Conforme Foucault, mudanças históricas não decorrem de invenções individuais, mas dependem, principalmente, de mudanças epistemológicas que ocorrem na estrutura do discurso. É essa mudança epistemológica que possibilita as invenções e as teorias. Escreve Foucault:

Eu não estou preocupado, portanto, em descrever o progresso do conhecimento com a objetividade que hoje a ciência se faz reconhecida. O que estou tentando trazer à luz é o campo epistemológico, a *episteme*, em que o conhecimento, encarado fora de qualquer critério que tenha referência a seu valor racional ou suas formas objetivas, fundamenta sua positividade e, desse modo, manifesta uma história que não é um crescimento em direção a uma perfeição, mas que é a sua condição de possibilidade; nesse sentido, o que deve aparecer são aquelas configurações dentro do espaço do conhecimento que deram origem às diversas formas de ciências empíricas. Tal empreendimento não será uma história, no sentido tradicional da palavra, mas uma "arqueologia". Atualmente, essa pesquisa arqueológica revela duas grandes descontinuidades na episteme da cultura Ocidental: a primeira inaugura a idade Clássica (que, grosseiramente, se estende até o século dezessete) e a segunda, que começa do século dezenove e marca o começo da idade moderna... Não que a razão tenha feito qualquer progresso, mas, simplesmente, que o modo de ser das coisas e a ordem que as dividiu antes de apresentá-las à interpretação foi alterada profundamente (Foucault, 1994, citado por Svenaeus, 2000: 25).

Essas duas grades epistemológicas que predeterminam o conhecimento clássico e o moderno podem ser resumidas, conforme *As palavras e as coisas*, em termos de "representação" e de "ser humano", afirma Svenaeus. Em *O nascimento da clínica*, Foucault considera a medicina clássica como uma disciplina representacional que opera uma "catalogação nosológica" das diferentes doenças, uma taxonomia à moda de Linneu, características que podem ser observadas nos trabalhos de Sydenham, Sauvages e William Cullen. "Eles trabalhavam segundo um princípio botânico",



concebiam as doenças enquanto sistemas que eram obtidos através de classificações, por similaridades ou diferenças entre sintomas e sinais clínicos do paciente. Assim, o conhecimento é uma tabela em que todas as doenças estão descritas e combinadas, representadas conforme manifestam-se na atualidade e na superfície do corpo do paciente, resume Svenaeus (ib.:25). Esse sistema nosológico abrevia tanto o espaço do paciente quanto o espaço do médico. Estas pessoas são reduzidas a "distúrbios" no sistema representacional da doença. Nesse modelo, citando Foucault:

Médicos e doentes não estão implicados, de pleno direito, no espaço racional da doença; são tolerados como confusões difíceis de evitar: O papel paradoxal da medicina consiste, sobretudo, em neutralizá-los, em manter entre eles o máximo de distância para que a configuração ideal da doença, no vazio que se abre entre um e outro, tome forma concreta, livre, totalizada, enfim, em um quadro imóvel, simultâneo, sem espessura nem segredo, em que o reconhecimento se abre por si mesmo à ordem das essências (Foucault citado por Svenaeus, 1994:28)

Após essas mudanças epistemológicas que diferenciam a idade clássica da moderna, o "ser humano", apenas através do "foco do olhar médico", ocupa o centro do conhecimento. A afirmação de Foucault de que "o homem não existia até o final do século dezoito" traz esse sentido. Através da clínica moderna torna-se possível conceber "o paciente como um objeto funcional e integrado", vê-lo em profundidade e não apenas como uma superfície onde uma doença é lida e classificada. Entretanto, esse "ser humano individual" não é só um objeto da prática médica, mas também estrutura conhecimento. A idéia do homem como um objeto biológico, "como um espaço vivo de funções", nasceu junto com a idéia de homem como um sujeito autônomo, que é condição de possibilidade desse conhecimento. Assim,

[...] na era clássica, não poderia existir nem fisiologia e nem qualquer tipo de indivíduo autônomo, nem médico e nem paciente. A grade representacional da doença no discurso médico teria impedido qualquer tipo de tendência do ser humano para mover-se tanto em direção à origem quanto ao foco do olhar médico (Svenaeus, 2000:26).

Foucault não propõe fornecer explicações históricas para essa mutação do conhecimento clínico, mas descrever essas mudanças tentando encontrar quais foram os padrões específicos no discurso que possibilitaram essas duas formas de conhecimento. Ele aponta, entretanto, alguns elementos que podem favorecer a ruptura numa estrutura de conhecimento: "Uma erosão que vem do lado de fora", do outro lado do pensamento científico – isto é, da cultura – pode resultar em "uma descontinuidade no padrão epistêmico" (Foucault citado por Svenaeus, 2000:26). Ao transformar seu método arqueológico em uma "genealogia", alguns anos depois, "torna-se mais evidente sua ênfase na cultura, nas instituições, nas práticas e na interdependência entre poder e saber", afirma Svenaeus (ib.:26).

Desde a *História da loucura* na idade clássica, publicado em 1961, Foucault, em oposição ao humanismo liberal da psiquiatria moderna, já sublinhava esses elementos de controle no campo de conhecimento médico da insanidade:

Durante a idade clássica, os loucos foram encarcerados e isolados e, como um grupo distinto, tornaram-se posteriormente objetos do conhecimento moderno. Obviamente, um processo similar estava em operação no caso do médico moderno, em que uma clínica inspeciona e toma notas sobre seus pacientes enquanto ainda estão vivos, para depois abri-los e torná-los mais conhecíveis quando estão mortos. O olhar médico é um olhar controlador e dissecante que se tornou possível através de uma instituição – a clínica (Svenaeus, 2000:26-7).

Svenaeus refuta Foucault porque ele exime o paciente de qualquer importância, considerando-o como apenas uma "perturbação" particular na configuração ideal da doença. Para ele, ao contrário, o paciente, "enquanto sujeito de sintomas conhecidos unicamente por ele e relatados ao médico", não é uma mera perturbação aos padrões da doença, mas "ocupa uma posição central no processo de se chegar a um diagnóstico" (ib.:27).

Nicholas Jewson, outro historiador da medicina e seguidor das orientações teóricas de Foucault, considera que uma "cosmologia médica" da "medicina da beira do leito"

– "que em sua estrutura conceitual precede a cosmologia moderna da medicina de hospital e de laboratório" – deve focar essencialmente o paciente, visto como "uma pessoa cujos sintomas e cujo relato da enfermidade são a matéria bruta com a qual as entidades patológicas da teoria médica são construídas" (Jewson, 1975, citado por Svenaeus, 2000:27). O elemento importante que Foucault despreza é justamente o aspecto prático da clínica médica, sublinha Svenaeus ao citar Jewson:

A estrutura social da *medicina de beira do leito* consistiu em uma rede de relações entre médico e paciente, segmentares e sem regras. Os médicos eram subdivididos em numerosos grupos locais, cada um deles dedicado a atender uma parte de um mercado médico pequeno mas multifacetado, que era classificado de acordo com os padrões sociais estabelecidos pelos seus patrões. Os variados tipos de praticantes ofereciam uma ampla seleção de teorias e terapias para o doente. Na ausência de um critério profissional responsável, acadêmico ou tecnológico, os pacientes selecionavam seus médicos através de suas próprias considerações sobre a integridade moral e a habilidade profissional da pessoa do médico. A relação na consulta dava-se, portanto, com base na empatia entre as partes (Jewson, 1975, citado por Svenaeus, 2000:28).

A preocupação de Foucault não é com o médico nem com o paciente: "sua ênfase é na linguagem e não na prática"; para ele, "prática discursiva dificilmente significa *práxis* humana individual, num sentido aristotélico", diz Svenaeus (ib.:28). Mas, finalizando sua análise desse período histórico, ele acrescenta que o paciente da medicina moderna também arrisca-se a ser reduzido a um objeto, a desaparecer enquanto pessoa para se transformar "num corpo ou num relato de caso":

O encontro entre médico e paciente, que até esse período de transição na história da medicina formou sua essência óbvia, é substituído por uma nova imagem: o cientista examinando o seu objeto. Esta imagem é problemática desde quando esse objeto – o paciente – naturalmente nunca deixará de ser, ao mesmo tempo, uma pessoa (de fato, mais do que nunca, enquanto indivíduo autônomo moderno) que desenvolverá conflitos e desconfianças durante a relação entre médico e paciente. As ciências e as tecnologias médicas mudarão a natureza do encontro clínico, mas a prática médica, sem dúvida, permanecerá sempre, ao mesmo tempo – e isso é importante ressaltar,

mesmo nessa junção prematura – um encontro entre duas pessoas (ib.:29).

### 1.3 A tecnologia médica

A mátula, o urinol antigo confeccionado de vidro transparente para facilitar o exame visual da urina pelo médico, era um dos poucos instrumentos que compunham a tecnologia do médico pré-moderno. Até 1880, os médicos não operavam seus pacientes, os cirurgiões constituíam uma corporação própria e o bisturi limitava-se aos casos de sangrias. Desinfecções e anestésias não eram conhecidas até meados do século XIX. A abertura dos corpos vivos era dolorosa e freqüentemente letal; portanto, limitada aos casos extremos. As autópsias e dissecações permitiam estudar a anatomia normal e patológica, mas a fisiologia e a patologia necessitavam ver o interior do corpo vivo. Certamente, o grande desejo do médico do século XIX era "ver com os próprios olhos o que estava acontecendo no interior do corpo doente de seus pacientes" (ib.:30).

Ver através da superfície da pele foi um processo lento que começou apenas no século XVIII. Neste sentido, um dos primeiros relatos é sobre a percussão e a audição dos sons da doença, feito pelo médico vienense Leopold Auenbrugger que, em 1761, publicou um livro com o título de *Percussão*. Este livro foi ignorado até 1808, quando foi traduzido para o francês e caiu nas mãos do jovem médico René Laënnec, que tentava superar as técnicas da época e aplicava diretamente sua orelha sobre o tórax do paciente para ouvir os sons cardíacos e pulmonares. Em uma dessas tentativas, ele inventou o estetoscópio, em 1816, conforme Reiser:

Laënnec, então com 35 anos de idade, examinava uma jovem senhora que sofria de uma doença cardíaca complicada. Para diagnosticar sua enfermidade ele tentava usar percussão e palpação. Mas a obesidade da paciente impedia a utilização de ambas as técnicas. Ele então pensou em colocar o ouvido em seu peito para ouvir seu coração, mas

ficou constrangido pela idade e pelo sexo da paciente. Subitamente, um fato acústico fiascou na mente de Laënnec. Ele lembrou-se de que o som percorre mais rapidamente os corpos sólidos. Então, enrolando algumas folhas de papel em forma de cilindro, posicionou uma extremidade no peito da paciente e a outra em sua orelha. De seu coração emergia um som distinto e claro (Reiser, 1978, citado por Svenaeus, 2000:30).

O estetoscópio foi uma verdadeira revolução, a descoberta de sons específicos produzidos por diversas doenças (como os sopros cardíacos ou os murmúrios vesiculares dos pulmões) tornava possível esperar o encontro *post-mortem* de certas cardiopatias ou pneumonias. Ainda conforme Reiser, os médicos rejubilavam-se como se vissem realmente o interior do corpo doente:

Uma metáfora que corria regularmente na literatura médica entre 1820 e 1850 era "ver" a doença ao ouvi-la através do estetoscópio: Nós anatomizamos pela auscultação (se eu posso falar desse modo) enquanto o paciente está vivo", proclamava um médico para quem a orelha tornara-se um olho através da ausculta (Reiser, 1978, citado por Svenaeus, 2000:30).

Ao tempo em que ampliava os sons torácicos, o estetoscópio facilitava a realização do exame: "O médico agora podia aproximar-se do corpo do paciente e atravessar a sua pele, sem correr o risco de ser acusado de conduta íntima imprópria". O estetoscópio torna-se, assim, um ícone dessa nova prática clínica. Conforme Svenaeus:

[O médico] sente e escuta (apalpa e ausculta) para poder detectar as doenças. A tecnologia médica torna o encontro mais "científico" e evita que seja confundido com outros tipos de intimidades entre as pessoas de uma mesma sociedade. Gradualmente, o estetoscópio tornou-se um tipo de atributo do médico, algo que ele deveria usar mesmo sem levar em conta as necessidades de uso na sua prática cotidiana, simplesmente como um sinal de sua profissão científica (ib.:31).

Cada vez mais, a tecnologia oferecia recursos ao médico para que "visse" melhor a doença e ouvisse menos os sintomas, as queixas e os sentimentos do paciente: "O corpo fala da doença com uma linguagem mais exata e objetiva do que a voz da pessoa". Assim, a história detalhada dos incômodos contada pelo paciente passa a ter

menos importância; o médico podia até mesmo desconfiar dela, e essa mudança foi uma alteração importante na atitude médica: "O caráter da consulta transformou-se e o paciente começa a ser tratado mais como um objeto de investigação científica e menos como uma pessoa sofrendo" (ib.:31).

Mas os sons produzidos pelo estetoscópio ainda eram escutados apenas por uma pessoa. Era preciso que se tornassem visíveis para que pudessem ser comparados com maior objetividade: "O olho torna-se mais poderoso do que o ouvido para identificar lesões e comparar estruturas diferentes, seja quem for que esteja investigando" (ib.:31). Conhecer, para a medicina ocidental a partir do século XIX, é mais ver do que ouvir. A invenção de vários aparelhos para iluminar ou olhar o interior do corpo (laringoscópio, oftalmoscópio, otoscópio etc) tem esse sentido e teve como ápice a invenção do Raios X por Röntgen, em 1895:

Essa invenção era vista como uma verdadeira mágica e foi prontamente adotada na prática clínica cotidiana, não apenas porque guarnecia o médico com poderes novos para dar um diagnóstico, mas, também, porque em decorrência desse caráter mágico inspirava respeito aos seus pacientes (ib.:31).

A necessidade de mostrar a doença levou, também, à ressignificação do microscópio, que havia sido inventado por Leeuwenhoek desde 1680 mas permaneceu sem utilidade para a medicina. Células sangüíneas, bactérias, espermatozóides e outras estruturas, tidas até então apenas como formas móveis pitorescas, obtinham agora um novo sentido à luz de outras concepções anatômicas e histológicas, como a estrutura dos tecidos de Bichat, a patologia celular de Virchow e a bacteriologia de Koch. O desenvolvimento da bacteriologia após a década de 1870, por exemplo, identificou um número cada vez maior de microrganismos, estabeleceu relações de causalidade entre esses organismos e várias doenças, inclusive as mais temidas, e permitiu propor, a partir da noção de contágio, ações de saneamento e o desenvolvimento de vacinas na prevenção de doenças (ib.:32).

A medicina moderna também assimilou em muito a física e a estatística. Novos instrumentos foram inventados para medir temperatura, pulso, pressão, capacidade pulmonar, PH sangüíneo etc., enquanto estudos seriados definiam padrões normais e anormais para estados de saúde e de doença. O termômetro, por exemplo, conhecido desde a época de Galileu, só começou ter um uso sistematizado e definido após o nascimento da clínica moderna. Embora os médicos examinassem o pulso e a temperatura do doente desde a antiguidade, e soubessem definir, desde Galeno, suas múltiplas qualidades em várias doenças, eles não tentavam quantificar essas observações. Conforme Reiser:

O tratado [médico] de Wunderlich elevou o termômetro a um alto patamar técnico de diagnóstico na década de 1870. Muitos médicos declaravam que a leitura do termômetro era infalivelmente precisa, que estava além da vontade do paciente e de circunstâncias estranhas. O instrumento parecia funcionar por si mesmo. Enquanto o médico conversava com o paciente e interrogava seus amigos, o termômetro colhia na axila do paciente os dados de sua verdade silenciosa (Reiser, 1978, citado por Svenaeus, 2000:33).

Enfim, a bioquímica, inaugurada na medicina por Paracelsus desde o século XV, aperfeiçoou e diversificou seu campo de atuação no século XX de tal modo que exames de sangue, fezes, urina e punções tornaram-se uma parte quase obrigatória da rotina clínica contemporânea. Além disso, tornou-se possível olhar o interior do corpo de um modo muito mais poderoso, como através de exames de tomografias ou de ressonância magnética, assim como através de medições dos fluidos corpóreos ou de microrganismos estranhos ao corpo. A bioquímica, como a conhecemos hoje, tornou-se, sem sombra de dúvidas, garante Svenaeus, "o campo científico mais importante para o desenvolvimento da medicina moderna" (ib.:32).

A tecnologia médica, ao quantificar e dar formas numéricas e gráficas à temperatura, à pressão ou à condução elétrica do cérebro ou do coração, confere, aparentemente, um caráter científico maior à medicina. As dimensões fisiológica da saúde e

patológica da doença adquirem maior importância e substituem a própria vida e o próprio paciente. "Ao invés de observar, sentir e ouvir o paciente, este é projetado sobre uma tela de tecnologia médica". Nesta tela, os médicos podem estudar as variáveis de cada caso, sem serem perturbados pela voz do paciente. A atenção médica não está mais voltada para o paciente, está atenta para "as variáveis" dadas pela tecnologia médica em questão.

## **2. O encontro médico moderno: sucessos e críticas**

A emergência da medicina moderna não provocou muitos efeitos imediatos sobre a prática clínica fora das universidades e dos hospitais. Mas, a partir do final do século XIX, a reputação dos médicos começou a melhorar. "Os pacientes começaram a confiar nos médicos de uma maneira como anteriormente só faziam com os padres". Isto foi consequência, segundo Shryock,

[...] dos resultados animadores obtidos pela prática clínica, especialmente após 1900, que afetaram todo o espírito da profissão médica. A revolução da cirurgia, os serviços de endocrinologia e dieta, o valor do soro e da quimioterapia, a realização dos procedimentos de higiene – já seriam suficiente para banir o niilismo de 1850. O pessimismo daqueles dias, cuja missão principal era revelar a inutilidade dos remédios tradicionais, estava sendo substituído por melhorias e cura. A maioria dos medicamentos e procedimentos foram abandonados por essa primeira geração de médicos críticos; foram substituídos por um número limitado de remédios, mas de valor comprovado. Não se pode mais dizer, como Oliver Wendell Holmes, que seria muito melhor para a humanidade e muito pior para os peixes se a maioria dos medicamentos fossem lançados ao mar. Quinino, morfina, insulina, unguentos e toxina diftérica tiveram uma importância muito grande nesse sentido (Shryock, 1948, citado por Svenaeus, 2000:34).

Naturalmente, a redução dramática da incidência de enfermidades letais como varíola, febre amarela, cólera ou tifo no século XX deveu-se principalmente às melhorias das condições de habitação e vida da população europeia. O declínio dessas doenças não significou o desemprego dos médicos, pois começaram a surgir



novos grupos de pacientes, como as mulheres e as crianças, por exemplo, que anteriormente tratavam-se no âmbito familiar. Mas ocorreu, na mesma época, uma mudança substancial no próprio modo de ser do paciente:

O paciente moderno torna-se muito mais atento aos sintomas e os interpreta freqüentemente como causados por uma doença. Além disso, devido a uma confiança maior que sente pelo médico, ele o consulta nos casos em que antes consultaria a si mesmo. O desenvolvimento científico cria sintomas inteiramente novos, tais como aqueles associados com hipotensão ou hipertensão; ao tomar conhecimento desses fenômenos, os pacientes acreditam que eles próprios experimentam tais sintomas e passa a referi-los como queixas (ib.:34-5).

Desse modo, passa a ocorrer uma melhora acentuada na reputação do médico moderno, tanto em decorrência de suas técnicas diagnósticas quanto de suas habilidades terapêuticas. A aura científica das novas tecnologias o envolve cada vez mais, abole as terapias cruentas e isola-o dos charlatões e dos curandeiros. Essa melhora reflete-se na simpatia e na deferência com que os médicos passam a ser tratados por seus pacientes:

O médico adquire não só um status científico, mas também um status moral de homem sábio, rico em sabedoria pela experiência de vida e que, como bom pai, educa e aconselha seus filhos/pacientes. Eles têm aquilo que Aristóteles denominava *phronesis* – sabedoria prática – que tem sido a marca do bom médico desde os tempos antigos (ib.:35).

A transformação da loucura em doença mental não ocorreu dessa mesma maneira, conforme ressalta Foucault, pois não contou com o apoio fundamental da anatomia patológica. Mesmo que, no final do século XIX, houvesse confusão entre doença mental e somática e os médicos continuassem a remover o útero das mulheres para curá-las de psicoses ou manias, nessa época acentua-se a conversação durante a consulta, os médicos ouvem os pacientes falarem de suas vidas de um modo cada vez mais "proto-psicoterapêutico". Esse papel ativo de educadores na vida dos doentes, com uma terapia que era "muito mais uma persuasão moral do que uma

análise auto-libertadora" era diferente dos moldes da futura análise freudiana (ib.:35-6).

A psicanálise, já no início do século XX, ao enfatizar o encontro entre duas pessoas como um elemento crucial para a prática clínica, indubitavelmente significou uma grande modificação nessa relação ao propor que "problemas psicológicos podem ter efeitos sobre a saúde e as enfermidades" e que "a conversa com o paciente sobre sua enfermidade e sua situação de vida pode trazer efeitos significativos, tanto para a sua saúde mental quanto para a somática" (ib.:36). Mas, com a psicanálise, não são mais duas, mas quatro as partes envolvidas no encontro médico, esclarece Svenaeus:

A parte da consciência do paciente e a parte da consciência do médico, assim como as partes inconscientes de ambos. Transferência e contra-transferência transformam o encontro em um empreendimento interpretativo de suspeição sistemática. O paciente não sabe o que seu sintoma significa; esse sentido só pode ser encontrado através de uma interpretação do seu relato realizada por um analista. Portanto, o verdadeiro significado das queixas do paciente difere fortemente do – ou, de fato, encontra-se em franca contradição ao – sentido que ele lhe atribui. Por exemplo, a resistência da parte do paciente a uma dada interpretação será considerada uma indicação de verdade, já que o inconsciente luta contra a descobertas de idéias reprimidas (ib.:37).

Além do sucesso da medicina moderna, Svenaeus chama a atenção também para seu reverso, a crise tardia da medicina, que se torna mais óbvia após a Segunda Guerra e "que parece provir, precisamente, de uma tendência para negligenciar o que eu considero a parte essencial de toda prática médica: o encontro entre duas pessoas – o médico e o paciente" (ib.:37).

A aplicação da tecnologia médica moderna pela clínica está sendo feita de um modo que tende a objetivar cada vez mais o paciente. "O médico não tem mais um contato direto com o paciente, examina-o como se fosse um organismo biológico que é objetivado num gráfico, numa ilustração química ou numérica" (ib.:37). Entretanto,

pergunta Svenaeus, “não é um paradoxo aparente o médico perguntar ao paciente o que ele sente, se não está interessado em suas informações, e sim na patofisiologia da doença? (ib.:37).

A Segunda Guerra e a difusão do uso de antibióticos na prática clínica, também trouxe uma participação acentuada da bioquímica associada à terapêutica:

Agora, a bioquímica podia ser aplicada não só como uma ferramenta diagnóstica, mas também na cura efetiva de doenças que antes eram absolutamente incuráveis. Os médicos e os pacientes impressionavam-se com esse desenvolvimento. Esse aspecto transformou a educação médica nos anos 1950, pois bioquímica, microbiologia, farmacologia, imunologia e genética passaram a receber uma atenção muito mais detalhada do que antes. Todo médico deve, agora, tornar-se um cientista (ib.:37).

Enquanto cientistas, os médicos devem especializar-se em seus estudos: o clínico geral, o médico da família, o generalista antigo tendem a desaparecer e o paciente é fracionado em diversas especialidades médicas que cuidam de porções específicas do seu corpo e de aspectos diferentes do seu organismo. O hospital torna-se outro espaço seriado de prática clínica que acentua essa tendência de dividir o paciente em várias partes para poder juntá-las num segundo momento de uma totalidade diagnóstica (ib.:38).

Mas, dificilmente, o paciente será uma soma de objetos biológicos, ressalta Hans Gadamer em seu livro *O estado oculto da saúde (Über die verborgenheit der Gesundheit)*, observando que toda vez que a ciência médica objetiva o paciente através de uma multiplicidade de dados reunidos como em um índice, há uma desintegração da pessoa. A questão que permanece sem resposta é como reconhecer os valores individuais do paciente nesse processo. Além disso, reducionismo e especialização, em consequência, estão na origem de muitos problemas éticos (Gadamer, citado por Svenaeus, 2000:38).

Nesse sentido, um dos principais problemas que põem em cheque a medicina é o de como lidar com certas enfermidades crônicas que não têm um paradigma biológico, tais como as doenças ditas psicossomáticas, ou como a própria LER/DORT. Aliás, as doenças crônicas tornaram-se mais variadas e comuns à medida que a medicina aprendeu a controlar as doenças agudas: "As pessoas vivem mais, são mais conscientes de seus sintomas somáticos e demandam maior atenção para eles" (Svenaesus, 2000:38). Desse modo, uma doença que precisa ser aliviada mas não pode ser curada requer uma atenção especial do médico para o doente – "para sua situação na vida, seus pensamentos, sentimentos, desejos e possibilidades etc." – disposições que não são contempladas na objetivação e especialização da medicina moderna (ib.:38).

## **2.1 Investigações e teorias que enfocam as relações médico-paciente**

Uma retrospectiva completa da literatura referente à relação médico-paciente, em cujo cerne encontra-se o encontro clínico, é uma tarefa imensa, adverte Svenaesus. Entretanto, pode-se apontar os principais ramos dessa literatura, com a ressalva de que ela não visa diretamente o encontro clínico, apenas aborda os efeitos dessa relação sobre o médico e sobre a confiança, a satisfação e a autonomia do paciente (ib.:39).

Neste contexto, destaca-se a influência da psicanálise, já referida mais acima, sobre os médicos interessados nos aspectos comunicativos do encontro clínico, além de fornecer bases para a etiologia de certas doenças e municiar a psicossomática com novas ferramentas para entender a "arte" da medicina e, ainda, propiciar novos elementos para o desenvolvimento da psiquiatria.

Svenaesus aponta Michael Balint como um dos autores cujos estudos elucidam a importância da psicanálise neste sentido. Balint tornou-se famoso em Londres com

seu trabalho de grupo na Clínica Tavistock, com a idéia de que deveria haver uma transformação da personalidade e do estilo de consulta do clínico geral. Para ele, a consulta clínica teria, quando baseada em *insights* psicanalíticos, efeitos significativos sobre as condições de saúde de paciente, sobretudo nos casos de "neurose" ou outras enfermidades imputadas ao "essencialmente funcional ou psicossomático" (ib.:40). Segundo registra Svenaeus, Balint acreditava que fornecer "formação psicanalítica" aos clínicos ingleses era impraticável, assim como sabia que o curso teórico de psiquiatria nas escolas médicas não era satisfatório: "Era necessário um exercício conversacional prático através do qual o médico pudesse desenvolver habilidades psicanalíticas" (Balint, 1972, citado por Svenaeus, 2000:40). Para solucionar esse problema, ele criou um estágio em que clínicos acompanhavam, uma vez por semana e durante dois ou três anos, o trabalho de um psiquiatra com seus pacientes. Como resultado, cita Svenaeus,

[...] Os clínicos desenvolveram sensibilidades para outros fenômenos tais como transferência, contra-transferência e tornaram-se atentos aos desejos e vontades inconscientes de seus pacientes. Essas habilidades capacitaram-lhes a ajudar muitos de "seus pacientes difíceis", fazendo-os entenderem que a "falha básica" não era a doença, mas uma situação de vida que precisava ser mudada (Balint, 1972, citado por Svenaeus, 2000:41).

Essas pesquisas sobre a comunicação entre médico e paciente não se limitavam aos problemas psicossomáticos, enfocavam também a satisfação do paciente e os efeitos de uma melhoria da comunicação como parte do próprio tratamento:

Perguntar ao paciente sobre seus sintomas, seus sentimentos e suas crenças sobre a enfermidade capacita ao médico não só a concluir por um diagnóstico correto, mas também o ajuda a definir um tipo de tratamento que, atendendo às questões relevantes do paciente e da sua situação de vida, faça sentido para ele. Uma abordagem desse tipo faz o paciente sentir-se melhor sobre a consulta e aumenta as chances de que ele deseje realmente seguir as recomendações do médico; isto é, aumenta a sua confiança, um conceito chave para a medicina clínica moderna (ib.:41).

Outro exemplo de literatura que aborda a "arte da medicina" mas mantendo "o ponto de vista científico da medicina moderna" é *Clinical Judgment*, de Alvan Feinstein (1967). Esse autor enfatiza principalmente, dentro da prática médica, o julgamento clínico:

Todo bom médico utiliza-se de um tipo particular de raciocínio chamado julgamento clínico. Frequentemente, referimos a esse julgamento do clínico como sendo bom ou ruim, segundo a sabedoria com que ele toma suas decisões. O raciocínio desse pensamento clínico é absolutamente diferente da lógica dedutiva empregada para estabelecer o diagnóstico, a etiologia ou a patogênese da doença do paciente. O julgamento clínico não depende do conhecimento de causas, mecanismos ou nomes de doenças, mas de um conhecimento do paciente. O fundamento desse julgamento é a experiência clínica: aquilo que o clínico aprendeu na beira do leito cuidando das pessoas enfermas (Feinstein, 1967, citado por Svenaeus, 2000:42).

Mas esse conhecimento é só aparentemente "místico", pois não deixa de ser científico apenas pelo fato de não poder ser estudado de modo convencional. Ele pode ser melhor sistematizado, em terminologia e detalhes, para aprimorar o julgamento clínico, daí a importância do interesse no cuidado do doente à beira do leito. A medicina moderna, entretanto, possui interesse pela visão do doente apenas para enquadrá-lo a serviço da ambição científica na elaboração do diagnóstico. Desse modo, conclui Svenaeus, o que o paciente fala é considerado como, no máximo, uma pista para uma "investigação científica" da doença:

O encontro e a comunicação do médico com o paciente não são essenciais para a prática médica. A coisa importante não é descobrir o que o paciente pensa, sente ou quer. O importante é uma investigação clínica detalhada e padronizada, que ao final propiciará ao médico a possibilidade de fazer um diagnóstico correto em termos científico e o capacita a desenhar uma cura para a doença particular que foi encontrada como causa das queixas do paciente (ib.:42).

Essa literatura médica exemplificada por Balint e por Feinstein, em síntese, considera que "saúde, satisfação, diagnóstico, confiança" são resultados da consulta e estão relacionados à habilidade do médico. "Essas habilidades podem ser psicológicas,

sociais, artísticas ou técnicas em algum sentido, mas todas elas estão centralizadas no médico, em seu estilo e em sua personalidade". A proposta desses modelos é ajustar essas habilidades adquiridas pelo médico, mas não reavaliar a posição do médico perante o encontro clínico (ib.:42).

Uma outra linha de estudos que é central na relação médico-paciente é a corrente conhecida como "movimento pela autonomia do paciente". Esse movimento começou após a Segunda Guerra para reivindicar maior participação do paciente nas instituições médicas, ao tempo em que acusava os médicos de "comportamento paternalístico":

Os médicos tornaram-se bons pais, tiveram sucesso nesse papel e a medicina moderna dotou-os de influência e poder como cientista e como pai. Mas, não se deve esquecer que o mesmo Iluminismo que instituiu a autonomia do olhar médico moderno, instituiu também a nova autonomia do paciente enquanto indivíduo (ib.:42-3).

O estudo de referência nessa linha é a obra *Contribution to the philosophy of medicine: the basic model of the doctor-patient relationship*, de Thomas Szasz e Marc Hollander (1956), o qual é considerado "o arquitexto na tradição de estudos da autonomia do paciente". A fundamentação dessa tradição também é dada pela teoria psicanalítica, mas seus autores têm preocupações distintas das de Balint. Eles inicialmente classificam a relação médico-paciente em três tipos: o primeiro, chamado de "modelo atividade-passividade", é uma relação do tipo pais-criança, em que o médico decide sozinho sua conduta perante o paciente; como exemplo, o tipo de atendimento que o médico fornece ao doente inconsciente. O segundo, chamado de "modelo guia de cooperação", é uma relação do tipo pais-adolescente, em que o médico comunica ao doente uma necessidade que ele deve acatar, como a de uma intervenção cirúrgica imediata numa infecção. O terceiro modelo, chamado de "participação mútua", é uma relação do tipo adulto-adulto, em que as decisões do médico ajudam o paciente a ajudar-se a si mesmo, como é o caso da psicanálise (Cf. Svenaeus, ib.:43).

Essa classificação serve de estrutura para Szasz e Hollander defenderem um novo papel para o paciente em relação ao médico, nos moldes de uma relação do tipo adulto-adulto. O paciente deve visto como um parceiro que assume suas responsabilidades perante a sua saúde e em sua situação:

O modelo da participação mútua, conforme foi sugerido, é essencialmente estranho para a medicina. Esta relação, caracterizada por um alto grau de empatia, possui elementos freqüentemente associados às noções de amizade e parceria e o conselho de um especialista imparcial. Pode-se dizer que o médico ajuda o paciente a ajudar-se a si próprio. A gratificação do médico não vem do poder ou do controle de uma outra pessoa. Sua satisfação é derivada de um tipo mais abstrato de domínio, que atualmente é muito pouco compreendido (Szasz e Hollander, 1956, citado por Svenaeus, 2000:43).

Entre os expoentes dessa tradição, que se utiliza de ferramentas como filosofia, sociologia e estudos lingüísticos para analisar a luta pelo poder e seu contexto situacional durante a consulta clínica, está a obra *The discourse of medicine: dialectics of medical interviews*, de Elliot Mishler (1984). Sob esta perspectiva, duas vozes distintas, a medicina do médico e "o mundo da vida" fenomenológico do paciente, enfrentam-se em luta durante o encontro médico-paciente. Assumindo a perspectiva do paciente, Mishler defende seu direito a uma voz ativa não só pelos efeitos salutareos que teria dessa satisfação, mas, sobretudo, pelo seu direito individual de tomar decisões sobre a sua própria saúde (Mishler, 1984, citado de Svenaeus, 2000:44).

## **2.2 Estudos sociais e culturais**

O mundo cotidiano e fenomenológico de Mishler nos remete à necessidade de ver o encontro clínico como parte de um contexto cultural e estruturado em uma realidade social. "Esse contexto social e cultural afeta, obviamente, o modo como a medicina concebe a cura em diferentes tempos e partes do mundo". Apesar dessa diversidade social e cultural, considerar o encontro clínico como eixo central de análise nos



permite falar de uma tradição da medicina ocidental que confere uma unidade à medicina, desde Hipócrates até os nossos dias – o que torna possível tanto considerar a medicina ocidental moderna como uma entidade distinta quanto analisar a *medicina* como uma atividade humana particular (ib.:44). Entretanto, devemos ter em mente a diversidade que o empreendimento clínico pode adquirir em interações terapêuticas em sociedades não ocidentais. Desse ponto de vista, qualquer curador de qualquer prática cultural, ao realizar seu "encontro terapêutico" estará realizando um tipo de medicina:

Quando um curador da Zâmbia culpa a feitiçaria como responsável pela enfermidade e performa rituais mágicos para remover seu curso, tal interpretação e atividades podem não ter nada em comum com uma consulta médica em uma clínica de Estocolmo... As práticas curativas na Zâmbia – assim como a cosmologia e as crenças subjacentes a essas atividades – são significativamente diferentes das nossas. Os curadores e os médicos apresentam questões distintas para seus clientes, assim como realizam atividades diferentes...

O cliente da Zâmbia e o paciente de Estocolmo compartilham o mesmo desejo de alcançar a saúde e é esse desejo que os leva ao feiticeiro ou ao médico; mas, ao mesmo tempo, é presumível que ambos têm idéias muito diferentes do que significa ser saudável e expectativas bem variadas em relação ao que o curador é capaz de fazer. Eles também têm idéias diferentes sobre a causa de suas enfermidades e podem experimentar os mesmos sintomas como distintos, mesmo no caso em que seus incômodos sejam "patofisiologicamente idênticos" (ib.:45).

Essa concepção de que o processo de doença pode ser experimentado e interpretado de acordo com a cultura do paciente é problemático para o conhecimento da medicina ocidental, pois ele repousa sobre uma matriz de verdade que atua "como as coisas realmente são, além da interpretação da diversidade cultural". Mas a própria ciência não é uma atividade que se realiza dentro da cultura? pergunta Svenaeus. Ela não é determinada por circunstâncias que condicionam sua afirmação da verdade, conforme nos mostraram, entre outros, Ludwig Fleck, Foucault, Bruno Latour, etc (ib.:45).

O ponto de vista fenomenológico adotado por Svenaeus, por sua vez, considera a ciência como uma atividade humana pertencente ao mundo da vida, mas que só se realiza contra uma fundamentação dos padrões de sentido concreto da própria vida: "A ciência retira seu sentido de uma certa atitude em relação ao mundo: uma maneira especializada, abstrata e teórica de construir o mundo" (ib.:45). No caso da doença, uma investigação científica de "desordens biológicas e funcionais" é efetivada sobre o "horizonte de um mundo dos sintomas da enfermidade que afligem a pessoa" (ib.:45).

Por isso, ao invés de discutir apenas a objetividade das ciências médicas na nossa própria sociedade, é útil olhar para outras formas culturais de encontro em outras sociedades. A comparação entre tipos culturais de medicina oferece contrastes que "facilitam discriminar a estrutura ontológica da prática médica" e, assim, transcender nossa cegueira para que possamos ver a estrutura de sentido que permeia a nossa própria cultura (ib.:46). O sucesso da medicina científica moderna ofusca o fato de que a medicina é, antes de mais nada, "uma relação de cura entre duas pessoas e não apenas uma investigação científica de um organismo biológico". Os diferentes modos de curar que se apresentam nas várias sociedades mostram-nos que o empreendimento da medicina moderna também faz parte dos "contextos culturais" de nossa sociedade (ib.:47).

Com a jovem disciplina "antropologia médica" foram dados os primeiros passos, com os antropólogos Franz Boas e Ruth Benedict, em direção ao estudo de "culturas não ocidentais" que "enfocavam crenças e práticas curativas entre selvagens". Os trabalhos mais importantes que comparavam a relação curador-paciente em outras culturas com a relação médico-paciente na cultura ocidental, entretanto, só floresceram a partir dos anos setenta, com os estudos denominados "etnomedicina" e "psiquiatria transcultural" (ib.:47).

Arthur Kleinman, com seu "modelo explicatório" e Byron Good, com suas "redes semânticas", são dois fenomenologistas que marcaram essa tradição de pesquisa ao estudarem sistemas médicos asiáticos, sublinhando a variedade de sistemas culturais de cura existentes nessas sociedades, chamando a atenção para os contextos culturais em que se inserem e tentando evitar o preconceito de uma posição central ou privilegiada da medicina ocidental nessas comparações (ib.:47).

Nesse sentido, *Patients and healers in the context of culture: an exploration of the borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry*, a obra de maior ressonância de Kleinman (1980), compara quatro tipos diferentes de cura na Tailândia: a medicina ocidental, a medicina chinesa e dois tipos de xamãs que atendiam no mesmo santuário. A análise é estabelecida com base em quatro categorias: contexto institucional, características da interação interpessoal, idioma de comunicação, realidade clínica e mecanismos e estágios terapêuticos (Kleinman, 1980: 27-28).

Dois aspectos desse estudo comparativo são postos em relevo por Svenaeus: O primeiro é a "centralidade da família na abordagem da enfermidade" na Tailândia, onde se considera que o doente envolve a história e os conflitos de toda a sua estrutura familiar; já na medicina ocidental, é o doente, visto como indivíduo, quem ocupa esse lugar central. Os membros da família tailandesa freqüentemente acompanham o paciente ao curador e dirigem a conversação sobre o doente e a doença de uma maneira que só encontra semelhança no caso das crianças levadas ao pediatra na medicina ocidental. O segundo aspecto é o estímulo à "somatização", uma forma das pessoas exprimirem certas enfermidades através do corpo, ao invés de sentirem-se deprimidas ou reclamarem de problemas psicológicos ou sociais. Desse modo, o sistema propicia à pessoa uma oportunidade de se recuperar de seus problemas de um modo socialmente sancionado no seio da estrutura familiar (ib.:47).

Essas características de "centralidade familiar" e "somatização", presentes nas relações terapêuticas na Tailândia, só fazem sentido caso sejam entendidas dentro de um "modelo explanatório" situado no bojo do sistema cultural em que foi produzido. Esse "sistema de cuidados" determina todas as práticas relacionadas à saúde – ocidentais ou orientais – e fornece um contexto em que elas podem ser entendidas:

Sistemas de cuidados à saúde, assim como outros sistemas culturais, integram os componentes relacionados à saúde da sociedade. Desse modo, incluem padrões de crenças sobre as causas de doenças; normas governantes de escolhas e de evolução de tratamentos; status, papéis, relações de poder e instituições socialmente legitimadas. Pacientes e curadores, envolvidos em configurações específicas de significações culturais e relações sociais, são os componentes básicos de tais sistemas. Eles não podem ser entendidos fora desse contexto. Enfermidade e cura também são partes do sistema de cuidados à saúde. No interior do sistema, elas se articulam, respectivamente, enquanto experiências e atividades culturalmente constituídas. No contexto da cultura, o estudo de pacientes e curadores, enfermidade e cura, devem, portanto, começar pela análise dos sistemas de cuidados à saúde (Kleinman, 1980, citado por Svenaeus, 2000:48).

Para estudar esses sistemas, ressalta Svenaeus, o investigador deve construir modelos conceituais abstratos, como a análise fenomenológica do mundo da vida de médicos e pacientes empreendida por Kleinman (ib.:48). Sua meta é encontrar um ponto a partir do qual se possa falar nos moldes de uma *epoqué* fenomenológica:

O que estou descrevendo é o processo de uma etnografia médica, através do qual os sistemas de cuidados locais de saúde são reconstituídos. Para conduzir tal etnografia, o investigador normalmente deve transpor um degrau além das regras culturais que regem suas crenças e comportamentos, inclusive seu envolvimento com os cuidados de saúde. Agindo de outro modo, ele corre o risco de contaminar seu modelo analítico do sistema de cuidados à saúde com o modelo tácito de ator em seu próprio sistema de saúde... Caso escolha estudar sua cultura, entretanto, o pesquisador deve alienar-se de modo sistemático do modelo de saúde do sistema em que ele é um ator, uma tarefa bem mais difícil (Kleinman, 1980, citado por Svenaeus, 2000:49).

O antropólogo Byron Good que, assim como Kleinman, também pesquisou em outras culturas e inventou termos como "abordagem centrada no sentido" e "redes semânticas" para a antropologia médica, privilegia sua própria cultura e parte do pressuposto que a medicina formula o corpo humano de um modo distinto das concepções culturais (Good, 1994:65). Através de seus estudos com estudantes de graduação da Escola de Medicina de Harvard, Good observa as primeiras mudanças na maneira de ver e pensar o corpo e o ser humano que ocorrem com esses estudantes. A "educação médica começa pela entrada no interior do corpo humano", diz Good; o corpo passa a ser manipulado nos laboratórios de anatomia, esquadrinhado através do microscópio, imaginado através do brilho atordoante da imagem radiológica, para ao fim ser apresentado pelos cientistas em grandes congressos médicos. O corpo é revelado e compreendido em ínfimos e infinitos detalhes hierárquicos:

Os estudantes iniciam um processo de ganhar intimidade com o corpo – tentando entender sua macro organização e sua estrutura de modo tridimensional, examinando os tecidos, desde as macrofunções até as estruturas moleculares; os estudantes são como geógrafos que se movem desde a macro-topografia até a micro-ecologia" (Good, 1994:72).

A intenção da formação médica é justamente promover uma mudança na percepção dos estudantes, o corpo vivido é reconstituído como um "corpo médico", bem diferente daquele que conhecemos do mundo da vida. O segundo movimento fundamental para o aprendizado da clínica é o modo pelo qual os estudantes aprendem a "ouvir" e a "falar" no hospital. Diz um estudante, entrevistado por Good:

Você não está ali apenas para falar com a pessoa, aprender sobre sua vida. Você não está ali para isso. Você é um profissional e está sendo treinado para interpretar descrições fenomenológicas de comportamentos em processos fisiológicos e patológicos. Então, existe a consciência de que, se você relata às pessoas a história real de alguém, eles vão ficar zangados; eles vão se irritar com você, porque você não entendeu "o ponto". É uma negligência sua. Você pode fazer isso, se quiser, quando estiver só com o paciente. Mas não

apresente isso para mim. O que você precisa apresentar para mim é o tema que nós vamos tratar... (ib.:49).

Portanto, uma escola médica é uma estrutura cultural e social – um mundo – onde o estudante é formado por "um certo estilo de perceber e pensar". O corpo do doente torna-se "uma estrutura hierárquica – um organismo moldado em uma linguagem especial". O paciente, por sua vez, "torna-se um caso com um diagnóstico e um prognóstico, documentados em linguagem gráfica". Assim, conclui Svenaeus, tornar-se médico não é apenas agregar uma série de conhecimentos:

Em uma escola médica, você aprende o que é importante e o que não é, você aprende como organizar e como comunicar conhecimento. Mas, ao adotar esse papel, esse estilo de pensamento, pode significar dificuldades caso venha a se relacionar com as experiências e crenças cotidianas do paciente (Svenaeus, 2000:49).

### 2.3 Medicina e estudos filosóficos

Por volta de 1880, a medicina científica deixou para trás a filosofia, da qual se nutria intensamente a medicina antiga. Para Hipócrates, a filosofia cuidava da alma (*psique*) e a medicina cuidava do corpo (*soma*) dos homens livres, pertencentes à *polis*. Assim, dizia Galeno que "o verdadeiro médico deve ser também um filósofo". Para Svenaeus, o marco da tradição filosófica da medicina ao qual ele se filia é a obra *A philosophical basis of medical practice*, de Edmund Pellegrino e David Thomasma, publicado em 1981. Na tentativa de fornecer uma teoria ontológica da medicina, diz ele, esses "autores utilizam-se de métodos e *insight* de tradições tão distintas quanto Aristóteles, pragmatismo americano, fenomenologia e análise conceitual baseada na linguagem" (Svenaeus, 2000:52). Para eles, "a medicina é uma relação de consentimento mútuo que afeta o bem-estar individualizado, operando em, com e através do corpo (Pellegrino e Thomasma, 1981, citado por Svenaeus, 2000:52).

Essa definição, ou essa perspectiva, considera a medicina como um relacionamento – um encontro – que visa implementar o bem-estar do paciente, ou seja, sua saúde. Por isso é que "medicina é, conseqüentemente, primeiro e acima de tudo uma prática, uma atividade de cura e não uma teoria" (ib.:52). Enquanto prática, entretanto, ela não deve ser pensada como a aplicação de uma teoria, pois "a essência da medicina", afirmam Pellegrino e Thomasma, é ser "uma prática clínica e não uma ciência médica". Conforme explica Svenaeus:

Isso não significa negar o valor da ciência moderna, mas lembrar-nos de que os resultados das pesquisas e teorias das ciências médicas devem ser postos em prática durante o encontro clínico entre o médico (ou outro profissional de saúde) e o paciente, os quais, portanto, como partes da prática médica moderna, estão situados na estrutura do encontro entre duas pessoas (Svenaeus, 2000: 53).

Essa visão da medicina como uma espécie de prática retoma Aristóteles para distinguir entre as noções de *episteme*, *techné* e *phronesis*. A primeira noção, a *episteme*, significava o conhecimento teórico ou científico, sendo que ciência, para Aristóteles, era o conhecimento *a priori*, o conhecimento das coisas eternas, um tipo de conhecimento que hoje em dia pode-se aplicar à matemática. A noção de *techné* remete-se ao tipo de "conhecimento prático" da clínica moderna:

*Techné* é o tipo de conhecimento envolvido em um realizar ou um fazer direcionado a uma certa meta (freqüentemente, a confecção de um objeto – *poiesis*), não através da aplicação de um sistema dedutivo de conhecimento teórico, mas através de um conhecimento "tácito", adquirido através da prática (ib.:54).

Além de *techné* e de *episteme*, que nos remetem ao caráter de arte e de ciência da medicina, a terceira noção aristotélica de conhecimento que também caracteriza o conhecimento médico é a noção de *phronesis*, ou sabedoria prática, conforme define Svenaeus:

O homem que tem *phronesis* sabe como deliberar em diferentes situações da vida, possui um aprendizado que só pode ser adquirido através da experiência, pois esse conhecimento pressupõe

familiaridade com o individual, com a situação particular que, sendo única, não pode ser subsumida sob princípios gerais. A *phronesis* nunca oferece uma certeza nos mesmos moldes que a ciência, desde quando se reporta aos seres humanos e aos temas da vida, em que escolhas têm que ser feitas sem qualquer possibilidade de serem fundamentadas através de um conhecimento infalível (ib.:54).

Atualizando essas características do conhecimento antigo, significa dizer que "deliberar em situação, lidando com pessoas, sempre envolve aspectos normativos", os quais não se podem conhecer ou estabelecer completamente através da pesquisa científica. A medicina é um empreendimento moral, é uma prática valorativa que envolve não apenas a dimensão biológica, mas dimensões psicológicas e sociais do indivíduo que busca cuidados médicos. Mais ainda, a medicina não é só uma arte e o interesse principal dessa perspectiva é justamente investigar e explicar como arte e ciência estão unidas durante o encontro clínico.



## CAPÍTULO 5

### A hermenêutica clínica

#### 1. A interpretação clínica: uma hermenêutica da medicina

O ensaio *Clinical interpretation: a hermeneutics of medicine*, de Drew Leder (1990), oferece uma alternativa à compreensão positivista da medicina, que a vê como um conjunto definido de teorias científicas e à posição do médico como um investigador imparcial que diagnostica através de um processo rigoroso de indução e de experimentação.

Entre os autores que consideram o modo como a medicina incorpora em sua prática clínica uma série de elementos "extra-científicos", Leder cita Ian McWhinney (1978), que pensa o médico como um "mestre" no uso de habilidades ou ferramentas e a clínica como uma "arte ou astúcia"; Ronald Munson (1981), que distingue ciência e medicina através do *telos* prático e moral desta última (a qual se preocupa muito mais em promover a saúde das pessoas do que adquirir um conhecimento *per se*) e Stephen Toulmin (1976), que ressalta a multiplicidade de papéis que os médicos desempenham junto ao paciente durante a consulta clínica, entre eles o papel de cientista, biógrafo, historiador, padre e conselheiro (ib.:9).

A proposta de Leder é oferecer um modelo que permita entender o tipo de prática que caracteriza a clínica, o qual deve ser bastante amplo para contemplar todos esses elementos, ao tempo em que "também deve manter uma coerência conceitual e uma relevância pragmática" (ib.:10). Já de início, é importante explicitar o que significa hermenêutica para Leder, já que ele define a clínica como uma prática hermenêutica, que promete contemplar uma tradição em uma unidade conceitual e pragmática.

Hermenêutica, ou o estudo da interpretação é uma disciplina que surgiu no século XVII para ajudar a definir regras e princípios de interpretação de textos bíblicos e escritos sagrados. Desde então, essa disciplina incorporou um significado transdisciplinar e hoje compreende qualquer tipo de interpretação textual, seja de uma obra literária interpretada em sua estrutura poética por um crítico, seja de uma lei interpretada por um juiz para proferir uma sentença ou um conjunto de dados que é interpretado por um cientista para descobrir regularidades que lhe permita conceber modelos explanatórios. Do mesmo modo, a clínica é um empreendimento hermenêutico por excelência, pois o clínico interpreta os sintomas e sinais do paciente para extrair seu sentido através de uma doença subjacente (ib.:10).

Para abordar a medicina enquanto uma hermenêutica, Leder traz como referência três ensaios dessa tradição: *The patient as a text: a model for a clinical hermeneutics*, de Stephan Daniel (1986); *Clinical judgment and the rationality of the human sciences*, da autoria de Eugenie Gatens-Robinson (1986) e *Medicine as interpretation: the uses of literary metaphors and methods* de Edward Gogel e James Terry (1987). Essa abordagem do empreendimento clínico, é preciso sublinhar, perde completamente a ilusão de uma pura objetividade, pois, onde ocorre interpretação ocorre subjetividade, ambigüidade e discordâncias. "O caráter provisório e pessoal do julgamento clínico jamais poderá ser expurgado", garante Leder (ib.:10). Essa perspectiva não nos remete, entretanto, a um puro subjetivismo ou a um relativismo, pois a hermenêutica, conforme desenvolveu-se desde a erudição bíblica até a variedade de campos de aplicação atuais, é "uma disciplina estruturada e dotada de métodos ensináveis, com bons e maus exegetas, e com modos próprios para alcançar uma validação consensual" (ib.:10).

Leder nos situa, inicialmente, na perspectiva fenomenológica de Martin Heidegger, para afirmar que o ser humano é "intérprete por natureza". Qualquer um de nós em nosso cotidiano, desde que acorda pela manhã, movimenta-se num mundo de

sentidos e projetos que vê os ponteiros do relógio como tempo, as nuvens lá fora como chuva e a mancha escura no canto da cama como uma capa. Não há nenhum ponto neutro dentro ou mesmo fora desse mundo em que eu possa me esconder e encontrar-me livre do movimento incessante dos atos de interpretação. É somente através da pertença a esse movimento que me encontro com o mundo, tanto pela percepção como pela linguagem; é só assim que os eventos adquirem um sentido em minha existência. Para essa noção fenomenológica de estar ou "ser-no-mundo", a minha liberdade encontra-se justamente na possibilidade de mover-me em tempos e espaços que esse mundo me oferece (ib.:10). Assim, o importante não é afirmar que a medicina é uma hermenêutica, mas precisar o tipo de interpretação hermenêutica que ela realiza. Para isso, abrem-se outros questionamentos dentro da prática clínica: 1) Se toda "leitura" (interpretação) envolve um texto, qual "texto" define a relação médico-paciente?; 2) Quem é autor e quem é leitor desse texto?; 3) De que modo esse campo interpretativo, a medicina, instituiu-se historicamente?; 4) Quais os aspectos problemáticos presentes na estratégia interpretativa da medicina? (ib.:10-11).

### **1.1 O texto clínico**

Numa perspectiva fenomenológica, a noção de "texto" adquire um sentido muito mais abrangente do que aquele de algo escrito, conforme é considerado pelo senso comum. No sentido da clínica, Leder, fundamentado, principalmente em Paul Ricoeur e Stephen Daniel (1986), propõe que se entenda texto como um conjunto qualquer de elementos que constitui um todo que só adquire sentido através de interpretação. Dessa maneira ampla e geral, um sonho, uma pessoa, um mapa, uma estrutura de parentesco ou uma seqüência histórica constituem textos abertos à interpretação. E, quanto ao médico, que tipo de texto é esse que se estabelece para a leitura da clínica? Leder considera o atendimento médico, ou qualquer relação entre médico e paciente, como um encontro clínico, no sentido de Svenaeus, em que o doente busca o médico movido por uma necessidade de ajuda. O texto, nessa

perspectiva, que Leder denomina de "pessoa-enquanto-doente", institui-se através do movimento de intersubjetividade que ocorre durante o encontro médico-paciente:

O texto clínico nunca é apenas uma doença abstraída de uma personalidade, de uma história de vida ou das preocupações existenciais do sofredor. Na verdade, o médico confronta-se com uma pessoa, não com um conjunto de sintomas e órgãos. Entretanto, também não é simplesmente a generalidade da pessoa que é problematizada, pois do contrário o encontro clínico perderia as distinções que mantém com outras ciências humanas ou com outros modos de comunicação. O médico e o paciente problematizam precisamente a pessoa enquanto doente. Experiências, mudanças físicas, metas de vida formam agora um novo contexto para a interpretação e o tratamento de uma enfermidade (ib.:11).

Dialogando com as distinções que Daniel (1986:202) faz entre textos médicos primários e secundários, Leder concorda que, de fato, a "pessoa enquanto doente" é o texto primário em torno do qual se situa inicialmente o encontro clínico, mas ressalta que "esse texto desdobra-se em uma série complicada de textos secundários". Ele propõe então trabalhá-los através de quatro textos, aos quais denomina de "experimental", "narrativo", "físico" e "instrumental". O primeiro é a experiência prévia vivida pelo enfermo (*illness*) e os outros três correspondem, respectivamente, "à estrutura triádica da criação médica: a história, o exame físico e o resultado dos testes diagnósticos" (Leder, 1990:11).

O texto experiencial é o movimento situado na noção de experiência da enfermidade vivida pelo paciente. O sofrimento que se instala na vida da pessoa, um ser intérprete por natureza, exige sentidos que possam objetivá-lo; e, dentre as ofertas culturais e sociais disponíveis, há a possibilidade da transformação dinâmica dessa experiência em um texto médico:

O paciente chega ao médico envolvido num processo complexo de interpretações sobre a sua condição. Esse primeiro texto consiste, pois, nas experiências vividas pelo enfermo e que são valorizadas como significativas de sua enfermidade ou de uma perturbação em sua vida. Essas experiências podem ser de natureza sensorial, como

dores e febres, podem ser funcionais, como a incapacidade que decorre de perdas da coordenação e força, ou podem resultar de modificações da aparência, como os eritemas e o vitiligo. Como toda experiência, elas requerem uma interpretação que move o doente em busca de significados para questões do tipo: "O que está acontecendo comigo? Que significa isso? O que foi que causou? Vai melhorar ou piorar? O que eu devo fazer?" (ib.:11).

O encontro clínico, através da anamnese, transforma inicialmente essa interpretação em uma história médica. Obviamente, nem todos os enfermos procuram um médico, pois uma pessoa que se queixa de cansaço nos ombros pode interpretar seu sintoma como decorrente do trabalho, considerá-lo como um castigo dos deuses ou como um efeito do tempo e de seu próprio envelhecimento. É somente quando ele decide interpretá-lo através de uma categoria médica, isto é, "como sintomático de uma disfunção física ou psiquiátrica", é que ele vai ao médico à procura de ajuda. Alguns, muito mais do que outros, como todo médico sabe muito bem (ib.:12).

Essa interpretação médica é uma condição necessária, mas não suficiente, para o encontro clínico. Muitas vezes o paciente pode usar um medicamento, melhorar, suas preocupações com o incômodo se dissipam e ele não procura mais o médico. Nesse caso, Leder considera que sua interpretação foi fechada, pois a angústia da pessoa acabou. A ajuda médica é procurada geralmente quando existe um sentimento de "incompletude hermenêutica" do doente para com sua enfermidade. É fato que o paciente procura o médico já sabendo a história que lhe vai contar, mas seus desdobramentos (que incluem diagnóstico, prognóstico e o próprio tratamento) ainda permanecem em suspenso para ele. Portanto, ressalta Leder, o encontro clínico começa quando a interpretação do paciente realizou um fechamento suficiente de sua experiência da enfermidade, mas, ao mesmo tempo, reconhece a própria insuficiência dessa interpretação para o desdobrar de sua existência (ib.:12).

A insuficiência interpretativa do enfermo decorre em parte do tipo de divisão social do trabalho em nossa sociedade, pois a educação para a saúde delega ao médico,

"treinado em uma série de estruturas conceituais e tecnológicas que podem ser empregadas para *dar sentido* aos sintomas do paciente", o dom exclusivo dessa habilidade hermenêutica, ao tempo em que limita ou tenta renegar a interpretação leiga da experiência da enfermidade vivida pelo doente (ib.:12).

Essa insuficiência interpretativa está fundamentada na própria estrutura humana da compreensão, conforme Heidegger. As funções biológicas que sustentam nossa vida (digestão, circulação, metabolismo etc.) escapam de nossa consciência e desejo e nem mesmo podemos ser considerados como autores dessas funções, pois elas nos precedem e funcionam sem a nossa vontade:

O texto perceptivo que avalio ao voltar-me para minha própria fisiologia é radicalmente incompleto. Caso vá ao médico por problemas abdominais, as câimbras e o refluxo ácido são como uma página, um esboço de uma página pela qual eu procuro reconstituir uma trama compreensível. Daí que cabe ao médico não só interpretar o texto, mas ajudar a trazê-lo até o seu ser. Através de perguntas, dedos e instrumentos, o médico assiste à história até que seu sentido se torne nítido para que ele possa escrevê-la de modo completo (ib.:12-13).

A primeira parte do atendimento médico é a coleta da história da doença atual, que inicia a composição do segundo texto, que Leder chama de texto narrativo. Essa narrativa é produzida através da ação conjunta de três autores interligados. O primeiro é o corpo do paciente ou "incidente focal" da história, conforme já vimos durante o texto experiencial. O segundo é o texto que o paciente, enquanto intérprete desse incômodo, institui ao fornecer voz e coerência para a narrativa que produz sobre esses incidentes corporais. "Ao traduzir, talvez pela primeira vez, essas experiências em linguagem", ressalta Leder, "o paciente procura definir sua seqüência, articula seus elementos cruciais, tece os eventos em um enredamento contínuo" (ib.:13). Dois aspectos são fundamentais para o paciente nessa fase de enredamento dos sintomas num relato: a insensatez e o isolamento:

Enfermidade [*illness*] pode representar uma perturbação súbita de significação: rotinas, planos e identidade habitual são transtornados por uma série de sintomas incipientes, saídos da melancolia e que não manifestam nenhum propósito. Além disso, esses sintomas são acompanhados por um sentimento de isolamento dos outros, os quais não podem nem experimentar e nem aliviar os sintomas da dor de alguém (ib.:13).

Essa característica de possuir uma dupla "alienação" da experiência da enfermidade, dos sentidos do mundo e da comunhão com o outro, pode ser superada pela linguagem e começa a se romper pela tradução e transformação daquilo que incomoda ou faz padecer. Assim, o que era privado torna-se público, o que não tinha sentido e nem causa começa agora a ser tecido através de uma história. Por isso, o ato de narrar, muitas vezes, por si só, já traz alívio e um resultado terapêutico positivo para o paciente. "O próprio contexto narrativo pode exercer forças curativas", ressalta Leder (ib.:13).

Além do corpo e da fala do próprio paciente, o médico é o terceiro autor do "texto narrativo". Desde o início da consulta, ele dirige o discurso do paciente, trabalha com hipóteses interpretativas, questiona os sintomas associados, a condição de saúde passada, a história familiar e a social. Mais ainda, "modos de expressão são sugeridos para que o paciente possa expressar seu sofrimento: "Como você chamaria essa dor, em queimação ou em aperto?". Enfim, quando as palavras da anamnese são transformadas em texto escrito no prontuário, o médico assume completamente a autoria do discurso. A queixa principal pode até ser posta nas palavras do paciente, como bem ensinam as lições de propedêutica médica, mas, daí por diante, o médico seleciona e edita o discurso colhido através das palavras do paciente (ib.:13).

Para abordar o terceiro tipo de texto, o físico, Leder remete-se ao ensaio *An introduction to medical phenomenology: I can't hear you while I'm listening*, de Richard Baron (1985), que examina a separação existente entre o modo que a doença é percebida pelo médico e o modo pelo qual a experimentamos enquanto pessoas. Ele

o utiliza para demonstrar a mudança textual entre a anamnese e o exame físico. O título desse ensaio refere-se a uma advertência de Baron, que, ao ser interrompido por uma pergunta de seu paciente enquanto lhe auscultava o tórax, disse-lhe: "Silêncio, não posso ouvir você enquanto estou escutando". A ironia da situação mostra como a tríplice autoria do texto narrativo é substituída pelo confronto entre o corpo do médico e o corpo do paciente durante o exame físico (ib.:13). Desta vez, ao contrário da natureza lingüística das informações da anamnese, o exame físico provoca o aparecimento de um texto perceptual, em que o corpo do paciente revela-se diretamente à percepção do corpo do médico, sem a intermediação das palavras: "Baron deve manter seu paciente em silêncio para que possa ouvir melhor os sons de seu coração", explica Leder. Certamente, há uma diferença entre o que é percebido diretamente através da fala ou através do corpo. Mas, como ocorre essa percepção sem palavras?

Para responder a essa pergunta, Leder toma como referência a obra *Fenomenologia da Percepção* de Maurice Merleau-Ponty (1999), a qual propõe que o corpo deve ser considerado sempre em sua dualidade de sujeito e objeto. Assim, nosso corpo é vivido primariamente como um modo de acesso ao mundo, como uma estrutura de comportamentos ou "como uma fonte sensório-motora de habilidade e hábitos, através da qual está em localização tempo-espacial, marcado pela finitude e pela vulnerabilidade", conforme Leder (1990:14). Por outro lado, meu corpo também pode ser percebido como objeto, um objeto científico inclusive, caracterizado como um sistema de células, tecidos e órgãos. Pelo texto do exame físico, as queixas dão lugar aos sinais físicos, a subjetividade do paciente cede à objetividade do visível e do palpável. Entretanto, esse hiato entre o corpo vivido por dentro e o corpo objetivado por fora permanece:

A percepção do corpo próprio do paciente é fragmentária do mesmo modo que a percepção do médico também o é. A barreira imposta pelas profundidades do corpo, a natureza microscópica dos processos



celulares, freqüentemente transformam o encontro com a enfermidade em algo indireto e mediado através de sinais superficiais. "Edema dos fuxiqueiros", "cianose", "angioma" constituem palavras cujos sentidos precisam ser decifrados (ib.:14).

Nesse ponto, previne Leder, percebe-se uma assimetria corporal entre leitor e texto: é o corpo sujeito do médico que faz a leitura do corpo objetivado e materializado do paciente. "O médico, ao tempo em que objetiva o corpo do paciente, não objetiva simultaneamente seus próprios órgãos, deixa-os livres enquanto ferramentas interpretativas" (ib.:14). Desde os anos acadêmicos (conforme vimos com Byron Good no capítulo anterior) e durante toda experiência clínica depois de formado, os órgãos dos sentidos do médico transformam-se em ferramentas de conhecimento clínico, assim como os dos músicos transformam-se em instrumentos que se familiarizam com as notas musicais. Esse conhecimento não reside em um movimento intelectual ou heurístico, mas na interpretação ou, como diz Merleau-Ponty, reside diretamente no corpo como modo de ser-no-mundo: "As mãos do médico aprenderam a apalpar um tumor, embora ele possa encontrar dificuldade em formular essa sabedoria prática corporal dentro de uma lógica de princípios e regras" (ib.:14).

Essa capacidade de interpretação é ampliada, cada vez mais, pelo uso de tecnologias, às quais, literalmente, se "incorporam" determinadas especialidades, como o estetoscópio e o tensiômetro incorporaram-se à clínica, o otoscópio e o oftalmoscópio incorporaram-se ao exame do ouvido e dos olhos. Lembrando Polanyi (1969), Leder refere-se à dura familiarização do estudante de medicina com tais equipamentos, como o uso do oftalmoscópio através do qual, no início, é muito difícil para ele visualizar qualquer coisa, mas que se torna, com a prática e o hábito, "uma extensão e reforço do próprio olhar" (ib.:15). Em suma:

[...] o exame físico envolve uma hermenêutica perceptiva não-colaborativa, ampla, realizada através do corpo sensorial do médico, cuja capacidade é expandida pela sua habilidade e pelo uso de ferramentas, o qual extrai e interpreta o texto constituído pelo corpo objetificado do paciente (Leder, 1990:15).

É necessário ressaltar que, se a voz do paciente é silenciada pelo exame físico, a sua "presença viva" e participante permanece durante todo o exame. A relação é muito mais íntima e exige justamente esse movimento constante que vai entre a objetividade e a subjetividade do médico e do paciente.

Em virtude dessa incompletude da natureza dos textos avaliados, conforme vimos até agora, a medicina recorre à ajuda da tecnologia ou das máquinas, como diz Leder. Assim, o texto instrumental é a terceira e última fase do exame clínico e corresponde aos testes de linguagens mecanizadas que nos mostram o fisiológico e o patológico através de imagens, gráficos e números (ib.:15).

Entretanto, mesmo tendo-se em conta a precisão matemática desses testes, não se pode abrir mão de uma hermenêutica para sua leitura. Um hemograma, um fragmento de tecido obtido através de biópsia, ou mesmo uma imagem radiológica necessitam "do olho treinado do radiologista que vê a fratura ou a pneumonia onde o estudante só percebe uma série de blocos opacos". Mas, comparando-se com os outros textos, o texto instrumental possui o *status* de um "artefato separável do corpo do médico e do corpo do paciente" (ib.:15). No caso de um artefato radiológico, por exemplo:

Uma radiografia é permanente, reproduzível, está aberta à inspeção de qualquer um e de todo mundo. Por isso, o século XIX considerava esse texto instrumental muito mais objetivo do que o exame físico, assim como este, por sua vez, era visto como mais objetivo do que a narrativa do paciente (ib.:15).

Essa hierarquia de objetividades do olhar médico e outras tentativas de despojá-lo de sua subjetividade por ocasião do diagnóstico, entretanto, "despersonalizam" o encontro clínico e separam cada vez mais o médico do paciente, afirma Leder (ib.:15).

O texto instrumental tem a propriedade aparente de distanciar-se do médico e do paciente e, neste ponto, equivaler-se ao texto literário, no sentido de apresentar uma "destacabilidade" dos seus autores e leitores originais. Ao substituir uma imagem perceptiva direta do corpo por um sinal abstrato, esse texto também se aproxima do texto literário. Mas, assim como uma radiografia representa só um quadro em preto e branco de uma parte do corpo, traçados de ECG, ultra-sons, resultados de análises bioquímicas de fluidos corporais são imagens que se ordenam em torno de um texto padrão, o qual se baseia em um conjunto de símbolos que sempre necessita ser interpretado<sup>31</sup>:

A forma representacional não corresponde mais àquela que está representada. Usar a bioquímica sangüínea para distinguir uma acidose metabólica de uma acidose respiratória não é mais uma competência para os sentidos treinados do médico. É uma situação que envolve cálculos e a manipulação de figuras de acordo com as regras. A interpretação perceptiva dá lugar a uma hermenêutica mais intelectualista. Aqui, a despersonalização do texto clínico atinge seu limite: a pessoa-enquanto-doente é traduzida em uma série de números (ib.:15-6).

## 2. O *telos* do encontro clínico

Após a análise do encontro clínico através da interpretação de seus textos, Leder discute a pragmática desse encontro através de seu *telos*, ou seja, do "conjunto de metas que, através do encontro clínico, orientam a leitura e a escrita desses textos". Essa apreciação é discutida através de três metas: a coerência, a colaboração e a efetividade clínica.

Conforme acabamos de ver, uma das dificuldades que a prática clínica enfrenta é que o texto clínico da pessoa-enquanto-doente institui-se através de uma variedade de

---

<sup>31</sup> Para uma apreciação ampla entre tecnologia e prática, ver IHDE, Don. *Technics and praxis*. Dordrecht: D Reidel Publishing Co, 1979.

formas simbólicas, sejam de natureza perceptiva, lingüística ou matemática, as quais requerem, sempre, uma interpretação intermediadora do médico. Além disso, ao invés de permanecer constante durante todo o ato da leitura, como acontece com o texto literário, o texto da pessoa-enquanto-doente, ao tempo em que é escrito, pode a qualquer momento desdobrar-se em novas possibilidades. Nesse movimento, torna-se uma tarefa ímpar da leitura clínica obter uma interpretação coerente e totalizante – sobretudo porque o médico deve interpretar a história, o exame físico e os resultados dos exames de laboratório, pondo tudo em consonância com o contexto familiar, ocupacional e social em que o paciente vive. Daí, de acordo com Leder, "a urgência de uma estrutura integrativa" (ib.:16).

Leder exemplifica duas formas pelas quais a clínica alcança essa totalização. Uma forma de integração prática, em um nível bem primário e material, é representada pelo prontuário médico, que ele classifica como "texto terciário". O prontuário, que resulta dos dados significativos obtidos pelos textos secundários, "simboliza e assiste à realização de uma interpretação unificada" (ib.:16). No plano conceitual, o diagnóstico, através da utilização da nosologia das doenças e das síndromes, é outra ferramenta integrativa primária da clínica. É na medida em que um conjunto de sinais e sintomas – "artrite, *rush* facial em asa de borboleta, proteinúria e anemia – pode ser unificado sob um único nome de doença, Lupus Eritematoso Sistêmico (LES), que a clínica se realiza enquanto diagnóstico. A interpretação obtida resulta de significações que ocorrem em diferentes níveis para ao final clarificar-se em um texto totalizante, que pré-delineia seu futuro, como no caso do LES. A partir dessa constatação, o médico pode estabelecer projetos como planos para exames, possibilidades terapêuticas e prognóstico (ib.:16).

As bases desse entendimento também vem de Heidegger, da confrontação de sentidos em que se pressupõe a existência de uma estrutura prévia de compreensão em que o leitor é desafiado desde o início por pressupostos e hipóteses prévias,

"preconceitos" em uma linguagem de Hans-Georg Gadamer (2004), mesmo que depois tal desafio mostre-se insuficiente para instituir uma totalidade. O mesmo ocorre com o diagnóstico, que só aparentemente surge ao final do exame, mas deve ser visto como um guia para o médico, pois perpassa o paciente desde o início até o término do encontro clínico.

A partir do momento em que o paciente entra para a consulta, o médico começa a formular um diagnóstico provisório, que determina quais questões serão perguntadas e quais testes serão solicitados. O médico deve precaver-se de qualquer inflexibilidade conceitual: o texto envolve um diálogo com seu leitor e pode, a qualquer momento, dar vazão a uma nova interpretação. No entanto, sem um paradigma coerente, esse leitor estará igualmente perdido, isto é, o médico solicita exames como uma "expedição de caça" que atrai completamente ao acaso (ib.:16-17).

Em suma, a coerência do médico como leitor da pessoa-enquanto-doente apresenta-se como uma ação de totalização que se inicia junto com a consulta, a qual, nos moldes do "círculo hermenêutico" de Heidegger ou do "preconceito" de Gadamer, desdobra-se em diferentes modos de percepção durante o encontro clínico para que, ao final, o médico possa oferecer uma proposta terapêutica ao paciente.

Leder inicia sua discussão do que chamou segundo *telos* da hermenêutica médica afirmando que, embora o médico tenha sido apresentado como o leitor privilegiado na discussão da coerência, é a interpretação do paciente que o conduz ao médico e inicia a consulta. O encontro clínico é "um *caso* de vários lados", envolve "pelo menos dois leitores ativos e preocupados" com o sucesso do empreendimento clínico. Depende, pois, para se realizar, de uma colaboração efetiva entre paciente e médico que possa superar as diferenças entre os leitores e alcançar um entendimento mútuo (ib.:17).

Um esboço dessa colaboração, inicialmente, sustenta-se nas estruturas em comum existentes entre os participantes do encontro. Pela humanidade compartilhada entre

duas pessoas, o médico pode, de modo empático ou não, compartilhar a experiência do paciente e saber o que lhe dói ou o que há de errado com ele. Por outro lado, o paciente, caso pertença a uma comunidade "saturada de sentidos médicos", participa, em certo grau, dessa perspectiva do médico. Entretanto, necessariamente, as perspectivas desses leitores divergem, pois, como vimos, médico e paciente trabalham com textos diferentes: "enquanto um sofre a doença por dentro", pois a afecção é primariamente subjetiva, "o outro a observa de fora", através de seus meios objetivos. Cada um deles, naturalmente, conta com um conjunto distinto de interesses e de ferramentas interpretativas que lhes são disponíveis. Essa divergência, entretanto, deve ser vista como algo positivo, pois a verdadeira razão que faz o doente procurar o médico é a busca de "um outro ponto de vista, mais desapassionado e mais informado do que o seu" (ib.:17).

Entretanto, previne Leder, essa divergência também pode alargar-se como um abismo, caso paciente e médico não consigam unir-se um discurso comunicativo. A falta de diálogo tem conseqüências práticas, pois, se o médico não consegue penetrar suficientemente no universo interpretativo do paciente, ele perde aspectos cruciais para a sua avaliação e pode orientar ou prescrever uma conduta imprópria ou um tratamento inadequado. Pela parte do paciente, caso o médico falhe em lhe comunicar sua própria interpretação, ele certamente desacreditará ou ignorará o tratamento que lhe foi prescrito (ib.:17). Citando Tristram Engelhardt, Leder afirma que é preciso que o médico trabalhe junto ao seu paciente, inclusive nessa transformação que a enfermidade ocasiona na existência da pessoa:

Até que os pacientes vejam a si próprios como hipertensos ou como diabéticos, por exemplo, eles tendem a demonstrar falta de obediência ao tratamento... Eles não fazem regularmente as coisas que os hipertensos e diabéticos devem fazer, porque seus mundos-da-vida não foram ainda reestruturados pela relevância assumida com o plano de tratamento do médico (Engelhardt, 1982, citado por Leder, 1990:17).

Nesse sentido, a atenção e a audição do paciente, assim como as explicações sobre a doença, suas causas, o quadro clínico e suas opções terapêuticas são "elementos cruciais do encontro clínico", através dos quais "o médico e o paciente constroem modos de interpretação compartilhados" sobre as possibilidades de recuperação da pessoa-enquanto-doente (Leder, 1990:17).

Além da coerência interpretativa do médico e da colaboração do paciente, que são aspectos essenciais do encontro clínico, estes *telos* não são suficientes para o sucesso do empreendimento clínico. Afinal, não é raro o médico vangloriar-se de um diagnóstico brilhante, iniciar um plano terapêutico com plena aprovação do paciente, para ao fim obter como resultado a piora cada vez mais do quadro clínico. A resposta ao tratamento médico fornecido ao paciente – a eficácia clínica – é outro componente central do *telos* hermenêutico, ressalta Leder (1990:18).

Para entender o *telos* da eficácia clínica, o autor de referência é Gadamer (2004) e seu conceito de "aplicação", como o terceiro e preterido momento interno da interpretação hermenêutica. Conforme Gadamer, uma obra de arte, um clássico, mesmo séculos depois de sua produção fala à nossa situação atual de uma maneira pragmática, pois tem algo a dizer a cada presente, a ensinar-nos em nosso agir cotidiano ou ser-no-mundo. Do mesmo modo, no caso da hermenêutica jurídica, quando um juiz interpreta uma lei, ele o faz com certos objetivos em vista, ele "aplica-a" à particularidade do caso que julga. O momento de aplicação, no caso da hermenêutica clínica, é descrito por Leder do seguinte modo:

O diagnóstico médico não está interessado primariamente numa verdade estética ou abstrata: ele procura resultados terapêuticos. Esta preocupação guia o processo diagnóstico desde o início. O médico não procura pela doença em si mesma, mas procura especialmente pela doença tratável (ib.:18).

O clínico, diferente de outros hermeneutas, é um tipo especial de leitor que procura entender os eventos que ocorrem no corpo do paciente, ao mesmo tempo e acima de tudo, para transformá-los ativamente em determinada direção terapêutica:

É como se um leitor estudasse o significado e o estilo de um livro com o intuito de usurpar a sua autoria. Se o médico e o paciente podem compreender os princípios através dos quais a enfermidade funciona, eles podem arrancar a história de seu autor maligno e reescrevê-la em direção a uma conclusão mais feliz (ib.:18).

Esse processo é uma variação do que Heidegger chama de "círculo hermenêutico" da compreensão. Esta noção refere-se ao movimento circular pelo qual, ao interpretar, projetamos uma estrutura prévia de sentido na leitura do texto, o qual, em resposta, modifica nossa estrutura prévia de compreensão desse sentido: "Começo lendo um livro através de certa pré-compreensão, mas depois descubro aspectos do texto que mudam essa interpretação" (ib.:18). Apesar das mudanças hermenêuticas do leitor em sua interpretação, o texto escrito permanece o mesmo, o que não é o caso durante a interpretação clínica:

O texto incorporado pela medicina é diferente: ele é transformado fisicamente através das interpretações. Isto é, a interpretação diagnóstica conduz o tratamento e, portanto, repercute em todas as mudanças subseqüentes que possam ocorrer com a pessoa-enquanto-doente. A reação do paciente ao tratamento serve para monitorar, refinar ou transformar o diagnóstico original feito pelo médico (ib.:18).

Trata-se, assim, de um movimento circular que se desdobra entre o médico leitor e o texto mutante da "pessoa-enquanto-doente"; a eficácia da medicina dentro desse movimento também se desdobra através de um duplo significado:

Por um lado, está a meta prática que motiva a interpretação médica. Por outro lado, ela serve a uma função epistemológica: a exatidão do diagnóstico freqüentemente pode ser checada pelo sucesso da terapia implementada (ib.:18-19).



### 3. Objetividade médica: seus ideais perceptivo e matemático

Leder propõe que esses três *telos* da hermenêutica clínica sirvam de estruturas de apoio para avaliar o sucesso do empreendimento clínico. Um *telos*, salienta ele, não é aplicável somente ao encontro clínico individual, mas pode servir também para avaliar outros aspectos da estrutura da medicina moderna, inclusive em que medida nosso sistema médico adota esses ideais de coerência, confiança e eficácia clínica, pois, tais aspectos – que se mostram através de tendências como superespecialização, superdependência de tecnologias ou perda de valores humanitários – são, justamente, aqueles que têm sofrido as críticas mais duras e "que têm constituído o lado obscuro das formidáveis realizações da medicina moderna" (ib.:19).

Leder ironiza essa medicina, fascinada pelo sonho de uma objetividade ideal, pois, conforme vimos, inevitavelmente, os moldes em que se dá o empreendimento clínico são de natureza hermenêutica. Em sendo assim, reafirma, a "interpretação, necessariamente implica subjetividade, ambigüidade e opacidade", características próprias das quais a clínica não pode escapar, por conta de não ser uma "ciência pura" e de que jamais será um conhecimento absoluto (ib.:19).

Stanley Reiser (1978) lembra-nos que até o século XVII o diagnóstico médico fundamentava-se principalmente na história clínica ou no texto narrativo. Assim, como já vimos no capítulo anterior, "o exame físico era superficial e, em último caso, dispensável – algumas vezes, o diagnóstico era feito através do correio, baseado no relato escrito do paciente". O paciente, autor da história, poderia minimizar ou ressaltar aspectos da enfermidade; mas, mesmo assim vimos como essa narrativa era vital para o método clínico e como o diagnóstico fundamentava-se, primordialmente, sobre a história dos sintomas ou anamnese. No final do século XIX, entretanto, essa narrativa retrocede para dar lugar a métodos diagnósticos mais objetivos, os quais refletem os novos "ideais epistemológicos que estão sedimentados em nossa cultura".

Esses dois ideais serão descritos por Leder, um baseado na percepção e outro baseado na matemática (ib.:19).

Quanto ao primeiro, Leder afirma que a história do conhecimento ocidental tem sido associada muito de perto com a visão e o visível. O ideal do conhecimento filosófico tem se valido de metáforas visuais "desde o *olho da alma* de Platão à *luz da natureza* de Descartes". O senso comum, a percepção imediata do mundo prende-nos ao sentido e, aparentemente, escapamos do vagar da interpretação: "Ao invés de decodificar sinais, inferir seus sentidos, nós agora vemos a coisa diretamente à nossa frente" (Leder, 1990:20). Foucault nos mostra, ao discorrer sobre "uma arqueologia da percepção clínica", em *O nascimento da clínica*, como o sonho de um olhar puro guiou o desenvolvimento da anatomia e da fisiologia e sua transformação em patologia pela medicina. A partir de então, o patologista poderia fornecer a verdadeira resposta: "a noite da vida é dissipada pelo brilho da morte", diz Foucault de modo sardônico. Conforme Engelhardt, essa nova estrutura da percepção trouxe uma revolução para a interpretação médica, pois as categorias diagnósticas, antes organizadas em torno dos sintomas do paciente, passaram a circundar em torno da visibilidade de novas formas de lesão (Engelhardt, 1986, citado por Leder, 1990:20).

Também Reiser, além de Foucault, nos aponta duas tentativas de aperfeiçoar o olhar médico, através da morte e da tecnologia. Mas, para Leder, mesmo essas tentativas têm se mostrado incapazes de prescindir do trabalho hermenêutico da clínica:

Vemos, portanto, uma tentativa de substituir a decodificação hermenêutica dos símbolos pela franqueza indubitável do olhar. Eu chamo isso de "fuga da interpretação". O médico procura uma forma de apreensão imediata que tenha sido expurgada de qualquer subjetividade hermenêutica. Esse projeto, entretanto, está condenado ao fracasso. Ao abrir um corpo, nem vemos de fato a doença, apenas marcas de sua presença anterior, cuja relação com os processos vitais deve ainda ser interpretada (ib.:20).

Do mesmo modo, no que se refere à tecnologia e à clínica, Leder afirma que todo instrumento tem uma "estrutura de amplificação-e-redução" que sublinha certos aspectos e escamoteia outros durante o ato da observação. O observador nunca vê a totalidade do paciente através de seu instrumento. Em decorrência, os sons de um estetoscópio, as imagens do oftalmoscópio ou da radiologia sempre necessitarão de uma interpretação. Além disso, do mesmo modo que a percepção imediata do senso comum interpreta direcionada para seus projetos, "o médico deve interpretar o que está vendo de acordo com seu significado clínico" e sempre guiado para a totalidade da pessoa-enquanto-doente (ib.:20).

O reconhecimento dessa subjetividade interpretativa da clínica pela medicina do século XIX fortaleceu um outro ideal epistemológico: o ideal quantitativo ou matemático. Este ideal, como a luz e o olhar para a percepção, também tem uma longa tradição que vem desde Platão, através do conceito de "forma", a qual deveria repousar sempre sobre verdades matemáticas, ou seja, ao contrário da percepção, a forma deve procurar verdades objetivas, imutáveis e eternas. O ideal matemático resplandeceu no início da ciência moderna através de Galileu e Kepler: o universo poderia ser escrito pela matemática e pela geometria. Após Descartes, a verdadeira forma do objeto só poderia ser dada pelo que pudesse ser descrito matematicamente sobre ele (peso, altura, velocidade etc.). Cada vez mais, o mundo perceptivo de cores e odores era considerado um mero artefato dos órgãos do sentido (ib.:21).

A medicina do século XIX, imbuída desse espírito moderno, construiu ativamente textos moldados por valores matemáticos. Aos poucos, os elementos qualitativos do exame dão lugar aos valores numéricos, as qualidades do pulso são minimizadas pela sua frequência, o calor da fronte do paciente passa a ser medido pelo termômetro, e não mais pela mão do médico. Um texto matemático se institui e tenta cada vez mais representar a doença como objetivada e separada do doente, assim

como se institui também uma concepção de "normalidade" do corpo, pautada em termos de parâmetros fisiológicos e cada vez mais distantes da vida.

Desse modo, o médico procura e espera livrar-se tanto da perspectiva situada do paciente, como da subjetividade de sua própria percepção. Uma enfermidade, ao ser traduzida em modelos matemáticos ou números, adquire uma forma aparentemente objetiva. Mas é preciso deixar claro, entretanto, que "dados quantitativos – clareza e precisão matemáticas disponíveis intersubjetivamente – escapam do viés e da ambigüidade dos sentidos" que caracterizam a hermenêutica clínica. Nas palavras de Leder:

Através do desenvolvimento do tensiômetro e do espirômetro, de máquinas que medem eletrólitos, hematócrito etc., mais e mais processos fisiológicos podem ser traduzidos em termos matemáticos. Mais uma vez, essa mudança de termos representa outra tentativa de "fuga da interpretação" (ib.:21).

A procura de uma objetividade pura da clínica, portanto, está fadada ao fracasso. Essa sobrevalorização de dados objetivos tem se mostrado economicamente cara, de baixa eficácia e, quanto mais "ajudam a negligenciar a anamnese e o exame físico", tanto mais se tornam, "aparentemente, fontes menos confiáveis de informação" (ib.:21). De qualquer modo, mesmo os médicos que supervalorizam tais elementos quantitativos devem "reconhecer as mudanças imprevisíveis das flutuações da química corporal, o cuidado no transporte e na coleta de materiais, a freqüência de erros de laboratório" etc. Mas, mesmo assim, não há como escapar; qualquer número requer interpretação para uma aplicação clínica: "O médico persiste envolvido em um processo hermenêutico, interpretando os resultados laboratoriais no contexto de um quadro acima de tudo clínico". O componente subjetivo do julgamento clínico sempre permanecerá (ib.: 21).

Em suma, Leder afirma que os ideais perceptivo e matemático, enquanto tentativas de "fuga da interpretação" conduz a um resultado paradoxal, ou seja, na medida em que os médicos procuram o ideal de uma "presença perfeita", representada pelo "olhar imediato e pelo número não ambíguo", perdem o princípio para o qual a própria medicina foi fundada: o paciente vivo. Leder relembra Whitehead e a "falácia da concretude equivocada", em que "um modelo abstrato do real é tomado por engano como sendo o próprio real" (ib.:21). Essa realidade médica que se mostra preocupada apenas com as lesões visíveis do corpo, com os resultados de exames de laboratórios ou com os dados de prontuário permite que o paciente, enquanto "pessoa real", jaza esquecido em seu leito, pois a medicina não o reconhece enquanto doente (ib.:21-22). Assim, ao tentar expurgar a subjetividade interpretativa, a medicina moderna descarta o próprio sujeito e a relação médico-paciente e, desse modo, enfraquece seu tríplice *telos* hermenêutico.

É importante explicitar de que modo isto ocorre: primeiro, rompe-se a coerência interpretativa que, como vimos, fundamenta-se numa unidade que abrange o doente desde sua dimensão existencial até a fisiológica. Desse modo, "quando o paciente encontra-se dissolvido, como uma coleção de dados discretos, dissecado por tecnologias e especialidades, torna-se cada vez mais problemática uma unificação coerente" da pessoa-enquanto-doente (ib.:22).

A colaboração do paciente também se torna problemática, pois sua própria interpretação da experiência da enfermidade é considerada irrelevante, não é levada em consideração pelo médico, quando não é tomada como um equívoco frente ao seu olhar perscrutador, o qual só vê séries matemáticas ou uma forma patológica da lesão: "o diálogo hermenêutico cede o seu lugar para a primazia do médico e da máquina" (ib.:22).

Enfim, completando uma "tríplice falência" do telos hermenêutico do encontro clínico, todos esses elementos conspiram contra a eficácia clínica da relação médico-paciente: "Erro diagnóstico, perda de confiança, tratamento inadequado e desobediência" devem ser conseqüências naturais do encontro médico quando "a voz do paciente é silenciada de modo eficaz" (ib.:22).

#### **4. A aquisição de habilidades: uma leitura de Maurice Merleau-Ponty por Hubert Dreyfus**

A partir da concepção da clínica como hermenêutica, importa perguntar pelo modo como se desenvolvem as habilidades profissionais do médico que desempenha essa clínica. Já de início, pode-se responder que o processo de especialização clínica não é prioritariamente racional e científico, mas decorre, sobretudo, da experiência profissional do médico perante os doentes. Esta afirmação encontra respaldo nos estudos de Hubert Dreyfus sobre aquisição de habilidades, sendo que no caso desta tese, busca-se aplicar sua argumentação, especificamente, às habilidades médicas.

No ensaio intitulado *A intelligence without representation: Merleau-Ponty's critique of mental representation*, Dreyfus (2002) afirma, assim como outros fenomenologistas existencialistas, que as duas formas básicas de comportamento inteligente – aprender e adquirir habilidades – prescindem de representações mentais. Esse argumento pode ser entendido através de dois conceitos fundamentais da *Fenomenologia da Percepção* de Merleau-Ponty: o "arco intencional" e a tendência em atingir uma "apreensão máxima" da situação. Dreyfus explica:

O arco intencional nomeia uma conexão estreita entre o agente e o mundo, isto é, o agente adquire habilidades que são "armazenadas" não como representações na mente, mas como disposições cada vez mais refinadas para responder às solicitações de percepções igualmente refinadas da situação em curso. "Apreensão máxima" nomeia a tendência do corpo em responder a essas solicitações de um

modo tal que traz essa situação em curso para uma proximidade de sentido de *gestalt* ótima para o agente (ib.:367).

#### 4.1 O arco intencional

Conforme Merleau-Ponty, adquirimos nossas habilidades cada vez que dialogamos com coisas e situações, as quais determinam, por sua vez, como essas coisas e situações aparecem para nós. Ao tempo em que adquirimos essas habilidades, transformamos também nossa relação com o mundo (ib.: 367). A fim de destacar cada etapa do arco intencional, Dreyfus considera o caso da aquisição de habilidades em adultos para descrever o processo de transformação da pessoa e do mundo nessa aquisição.

Utilizando-se de exemplos simples, um aprendiz de motorista ou um aprendiz de enxadrista, Dreyfus nos mostra como no início de um aprendizado começamos obedecendo certas regras que o instrutor nos fornece para realizar determinadas ações. Ele, a princípio descontextualiza a tarefa e a decompõe em certas características que o aprendiz pode então reconhecer, mesmo sem experiência prévia de seus domínios. Mas esse reconhecimento dessas "características sem contexto" e de certas "regras disponíveis" para realizá-las produzem uma performance muito pobre, que não permite ao aprendiz enfrentar dificuldades maiores. O aprendiz termina por constatar que "não só necessita dos fatos, mas também de um compreensão do contexto em que esses fatos fazem sentido" (ib.: 368-9).

À medida que ganha experiência cada vez que lida com situações reais, o principiante começa a notar, ou o instrutor lhe mostra, exemplos cada vez mais claros de características que passa a reconhecer como novos "aspectos significativos da situação". Do mesmo modo, "máximas instrucionais", que passam a ser "reconhecidas através da experiência", começam a referir-se a novos aspectos

situacionais nos mesmos moldes em que se faziam com as regras e os aspectos descontextualizados que lhe foram fornecidos quando era inexperiente (ib.:369). Ao contrário de uma regra, ressalta Dreyfus, "uma máxima requer que já se tenha alguma compreensão do domínio ao qual ela se aplica" (ib.:369).

O aprendiz adquire cada vez mais experiência e já é capaz de reconhecer uma "quantidade esmagadora" de elementos potencialmente relevantes em uma determinada situação. Para "enfrentar" essa carga ele adquire competência, ou seja, "através de instrução ou experiência" ele aprende a "esboçar planos e escolher perspectivas que determinam quais elementos da situação serão importantes e quais poderão ser ignorados" (ib.:369). À medida que aprende, restringe a vasta quantidade de aspectos ou caracteres disponíveis, sua compreensão da situação e sua tomada de decisão tornam-se cada vez mais afiadas (ib.:369).

No estágio de competência o agente não é mais um iniciante, mas um interprete interessado que, para evitar equívocos procura cercar-se de regras ou de procedimentos racionais para decidir suas perspectivas e planos. Mas tais regras não são fáceis de obter, ou dificilmente existem, pois as situações não são rígidas ou diferem entre si por pequenas sutilezas que ele nem saberia reconhecer. Desse modo, numa possível lista sempre haverá mais situações do que aquelas nomeadas ou enumeradas por ela (ib.: 370). Um "interprete competente" deve, portanto, "decidir ele mesmo o plano ou a perspectiva que irá adotar em cada situação, porém nunca estará seguro de que o resultado será apropriado". Em decorrência dessa incerteza, ele "torna-se não apenas extenuado, mas amedrontado" pois, se nos estádios iniciais, enquanto aprendiz, creditava seus fracassos ao uso inadequado das regras, agora que os resultados dependem de suas decisões ele se sente "responsável pelas suas escolhas". As emoções envolvidas nessa fase são decisivas para a continuidade do empreendimento. A depender de seu fracasso ou de seu sucesso na escolha, "o intérprete competente experimenta uma espécie de regozijo", uma satisfação



"desconhecida para o iniciante" (ib.: 370). Desse modo, naturalmente, ele "pode ficar amedrontado, regozijado, desapontado ou desencorajado pelos resultados de sua perspectiva". A partir desse estágio da competência, há "um investimento emocional na escolha da ação" e torna-se cada vez mais difícil para o intérprete adotar uma postura destacada e sem envolvimento emocional com suas tarefas, como era possível ao iniciante (ib.: 370).

O estágio de "proficiência" será atingido quando a primeira postura de seguir regras isoladas for substituída pelo envolvimento do intérprete na situação; então, ele estará preparado para maiores avanços. A carga emocional positiva de cada experiência reforçará essas respostas, assim como uma carga negativa inibirá outras, mas, aos poucos, regras e princípios serão substituídos por uma "discriminação situacional" acompanhada de "respostas associadas". "Só quando a experiência for assimilada através desse incorporamento é que os modos intuitivos de reações não teóricas substituirão as respostas racionais" (ib.: 371). Para entender essa fase da aquisição de habilidades, explica Dreyfus, é necessário lembrar que o intérprete competente vê metas e aspectos salientes de uma situação, mas não sabe o que fazer para realizar tais metas. "Isto é inevitável, pois há muito mais modos de reagir do que modos de ver o que está se passando em uma situação". O intérprete proficiente ainda não tem experiência bastante com os resultados de uma variedade ampla de respostas possíveis para cada situação que ele agora pode discriminar e pode reagir de modo automático. O intérprete proficiente é capaz de ver espontaneamente o ponto e os aspectos importantes da situação corrente, mas ainda deve "decidir" o que fazer. E para decidir, ele deve voltar às regras isoladas e ao recurso das "máximas" de que se utilizava (ib.: 371).

Por fim, o estágio de especialista, em que o intérprete vê não só o que precisa ser realizado, mas, graças a um vasto repertório de discriminações situacionais de que dispõe, também "vê imediatamente o que precisa ser feito". A habilidade do *perito* ou

*especialista* é muito mais sutil e mais refinada, pois lhe permite discriminar, com uma "resposta situacional intuitiva imediata", entre várias situações vistas como similares a partir do mesmo plano ou perspectiva, aquela que requer um tipo diferenciado de ação. Em resumo, diz Dreyfus, "a ação de perito ou especialista não requer uma representação mental". É um tipo de destreza, de "saber fazer" que se inicia pelo uso de fatos e regras, mas, "com talento e uma grande dose de envolvimento na experiência", ele desenvolve-se até a fase de especialista, ou seja, aquele que vê intuitivamente o que necessita ser feito sem utilizar-se de regras ou de lembranças de casos (ib.: 372).

O que se aprende com Merleau-Ponty sobre a aquisição de habilidades, conforme Dreyfus, é que aquilo que se apreende pela experiência não precisa estar representado na mente para poder ser realizado, mas "está presente" para aquele que aprendeu enquanto situação que lhe exige uma ação e, caso não lhe suscite uma resposta única ou um resultado satisfatório, leva-o cada vez mais a refinar suas discriminações, que também lhe exigem respostas cada vez mais refinadas.

Esse entrelaçamento entre o agente e a situação, entre seu corpo e seu campo perceptual, é chamado por Merleau-Ponty de "arco intencional", o qual, em suas palavras, "projeta em torno de nós o nosso passado, nosso futuro e nosso contexto humano" (Merleau-Ponty citado por Dreyfus, 2002:373). O agente não recebe de modo passivo a informação para a seguir processá-la, mas, em um movimento único, ele "vê imediatamente as coisas a partir de uma perspectiva e as vê produzindo uma certa ação" (Dreyfus, 2002:373).

#### **4.2 Apreensão máxima: ação sem representação**

Alguns animais, entre eles os humanos, sempre "tendem a uma apreensão máxima de cada situação", conforme afirma Merleau-Ponty:

Para cada objeto, assim como para cada pintura exposta em uma galeria de arte, há uma distância ótima a partir da qual requerem ser vistos, uma posição desde a qual a obra se permite ver mais completamente: de uma distância mais curta ou maior, nós só podemos perceber o borrado através do excesso ou da deficiência. Desse modo, tendemos sempre em direção a um maximum de visibilidade e procuramos, ainda que utilizemos um microscópio, o nosso melhor foco (Merleau-Ponty, citado por Dreyfus, 2002:378).

Ou ainda:

Meu corpo está engrenado dentro do mundo se minha percepção me presenteia com um espetáculo o mais variado e claro possível e quando minhas intenções motoras, enquanto se desdobram, recebem a resposta que elas esperam desse mundo (ib.:378).

Então, através de nossas habilidades, movemos-nos para realizar uma apreensão cada vez melhor de nossa situação. Não é necessária nenhuma representação mental para que ocorra esse movimento em direção a essa apreensão máxima, pois o "agir" é experimentado como um fluxo de habilidades em resposta a um sentido dado por uma situação que nos solicita. Parte dessa experiência é "um sentido de quando uma situação se desvia da relação ótima corpo-ambiente", de modo que quanto mais uma atividade se aproxima dessa "condição ótima", mais se alivia a "tensão" desse desvio (ib.:378).

Não é, pois, necessário que o agente saiba o que é esse ótimo, seu corpo "simplesmente é solicitado pela situação para entrar em equilíbrio com ela", ou, conforme Merleau-Ponty, meu corpo não é o objeto de um "eu penso", ele é, antes, "um agrupamento de sentidos adquiridos pela existência e que se move em direção ao seu equilíbrio" (ib.:379). Esse movimento guiado pelo corpo em situação faz com que o agente sinta que seu comportamento foi causado pela condição percebida, de modo que pode reduzir os desvios e sintonizar-se em "uma *gestalt* satisfatória". Esta *gestalt* final não é uma representação da mente, mas algo que se sente "quando se está chegando perto ou longe desse ótimo" (ib.:379). Nesta direção, Merleau-Ponty explica que "mover o corpo é almejar coisas através dele; é permitir-se responder ao seu

chamado sem precisar atender a nenhum tipo de representação" (ib.:380). E a esta resposta corporal às disponibilidades da situação, ele denomina "intencionalidade motora", para distingui-la da "intencionalidade representacional" utilizada por Husserl e pela ciência cognitiva.

Além disso, não apenas nos movemos para completar uma *gestalt* ótima nos domínios de nossas habilidades, ao mesmo tempo tentamos sempre aperfeiçoar-nos, melhorar nossa *gestalt* em cada um desses domínios. O ator envolvido numa situação, com o tempo tende a discriminá-la e a refiná-la cada vez mais e melhor, assim como aprende a conciliá-la com ações e respostas cada vez mais apropriadas. Em outras palavras, assim é que "de um modo equilibrado, o arco intencional é enriquecido e refinado" (ib.: 379).

**PARTE III**

## INTRODUÇÃO

### **Narrativas médicas da experiência clínica da LER/DORT**

Esta parte consistirá, principalmente, na apresentação dos relatos de médicos do trabalho abordados através de entrevistas individuais semi-estruturadas, que permitiram focar a posição destes profissionais em quatro campos de atuação: a empresa, a perícia previdenciária, o sindicato de trabalhadores e o SUS (Sistema Único de Saúde). Antes de realizar esta descrição, porém, faz-se necessário apresentar os elementos teórico-metodológicos que a tornaram possível.

Deste modo, as entrevistas são apreendidas como “narrativas”, isto é, os discursos dos médicos entrevistados são tomados como instituintes de sentido para sua experiência clínica. Sendo assim, é preciso, inicialmente, definir esta concepção de narrativa, que se respalda em toda uma literatura referida principalmente a Paul Ricoeur. Entre os autores que, neste âmbito, realizam uma aplicação metodológica desta teorização, encontra-se Margareth Somers (1994), que é tomada como referência para a operacionalização da perspectiva hermenêutica que orienta a tese.

Em seguida, serão descritos os princípios metodológicos presentes na abordagem qualitativa do objeto, bem como os procedimentos realizados no trabalho de campo e, por fim, é retomado o estudo particular do fenômeno da LER/DORT, de modo a fornecer outros elementos contextuais necessários para a abordagem da compreensão da medicina do trabalho de acordo com seus médicos.

## 1. A constituição da identidade narrativa

Sob o pressuposto de que a medicina clínica é essencialmente uma experiência hermenêutica e que a habilidade médica frente ao paciente desenvolve-se através da estrutura da experiência cotidiana com os pacientes, a análise aqui proposta deve permitir revelar, a partir do discurso de médicos do trabalho, as narrativas correntes que instituem a LER/DORT como doença, expressando-se na experiência particular desses médicos.

Um ensaio que se situa nessa perspectiva e tem sido muito citado ultimamente é *The narrative constitution of identity: a relational and network approach*, de Margareth Somers (1994). Sob forte influência da "teoria da identidade narrativa" de Paul Ricoeur, a autora propõe às ciências sociais uma reestruturação completa do conceito de "narrativa" e "identidade", para que seu conhecimento possa abrir-se a outras formas de investigação e de objetos. Somers afirma que a noção de identidade deve adquirir uma outra dinâmica, deve abdicar de seus aspectos "essencialistas" ou "pré-políticos", que só lhe deram falsas certezas, prendendo-a sempre a um "outro marginalizado que necessita ser resgatado". Ao invés, nossas identidades são múltiplas, concorrentes, hierarquizadas, conflitantes ou limitantes, defende Somers. Para ilustrar, cita o exemplo que Patricia Williams oferece em *The Alchemy of Race and Rights*:

[...] ser negra tem sido a atribuição social mais poderosa em minha vida, apesar dessa ser apenas uma entre um número de *narrativas governantes* ou *ficções dirigentes* pelas quais eu estou constantemente reconfigurando-me nesse mundo. Gênero é outra, junto com pacifismo, ecologia e minha marca peculiar informal de inglesa de Roxbury, Massachusetts. A complexidade do papel de identificação, as políticas de sexualidade, as inflexões dos discursos profissionais – todas descrevem e prescrevem limites em minha vida, exatamente quando se confundem umas nas outras, em espirais de confrontações, desvios e sonhos (Williams citada por Somers, 1994: 605).

Somers defende que o conceito de "narrativa" incorpore categorias como "tempo, espaço e relacionalidade" para que se reconfigure numa "narratividade conceptual" que historicize a própria identidade. Ao satisfazer-se apenas com a existência de um "outro epistemológico", o conceito de narrativas tem sido apenas um modo de representação, que prefere ser discursivo antes de ser qualitativo, que foi não-explicativo ao invés de ser propositivo e foi não teórico dentro do arco de teorias das ciências sociais, provoca essa autora. Mas, na medida em que deixa de ser representação, que constitui formas para interpretação, para a compreensão e para o conhecimento, a narrativa passa a ser o próprio sentido de mundo social (Somers, 1994:607).

Desse modo, a autora propõe que identidade e narrativa sejam configuradas como "identidade narrativa". Quem quer que sejamos, afirma, só o seremos localizados em narrativas sociais. A pessoa constrói suas identidades, mutáveis e variadas, localizando-se em tramas e interligações de histórias, com um enredo que lhe dê sentido junto ao presente e perante o passado. Tudo o que sabemos, desde constituir famílias ou fazer revoluções, resulta das relações obtidas através dessas linhas históricas onde se encontram posicionados os atores sociais (inclusive o próprio pesquisador). A própria vida social é historiada e é essa possibilidade narrativa que lhe confere a sua condição ontológica (ib.: 607).

As nossas experiências também são compreendidas enquanto narrativas. Através delas, cada pessoa é guiada a agir de tal modo e não de outro, projeta suas expectativas derivadas do seu repertório de memórias em direção a outras narrativas, sociais ou culturais. A narrativa, portanto, situa-nos entre mundos múltiplos e com isso propicia o nosso compartilhamento com as experiências de outras pessoas. Num plano operacional, a categoria precisa iluminar a si própria como uma "narratividade ontológica" que deixa de ser vista como representação de



um conhecimento, para instituir-se muito mais substantiva e viva enquanto uma "dinâmica de histórias" (ib.: 614).

O estudo da formação das identidades deve tocar a área da ontologia, pois descoberta e ontologia referem-se à formação do problema do ser social. Epistemologicamente, desde sempre, afirma Somers, os critérios que usamos para conhecer o mundo, os fundamentos que utilizamos para legitimar nosso conhecimento, a validação de metodologias rivais ou a definição de critérios para explanações viáveis estão todos perfeitamente fundados numa narratividade ontológica. Essa mudança proposta ao conceito permite ampliar seu foco analítico até a ação e a constituição social de identidades pelas narrativas. Somers identifica certos aspectos operacionais que são relevantes para a metodologia das ciências sociais na abordagem das narrativas e que devemos tomar em consideração: a relacionalidade entre partes; o enredamento causal; a apropriação seletiva; a temporalidade, a seqüência e o lugar da trama (ib.: 616).

A narrativa nunca dá um significado isolado para um fenômeno, pois um evento só adquire sentido quando está em relação temporal ou espacial com outros. Essas quatro dimensões sugerem que as narrativas, enquanto "constelações de parentescos", têm suas partes conectadas e embutidas no tempo e no espaço, instituídas através de um enredo causal:

É precisamente através dessa conectividade das partes que a narratividade transforma "eventos" em "episódios", que independem da seqüência em que tais episódios são apresentados ou experimentados na ordem cronológica do seu enredo ou da sua trama. Esse "enredamento", ao traduzi-los em alguma ordem cronológica ou categorial, é que dá sentido às instâncias independentes de eventos (ib.:616).

Essa característica principal da narrativa em conferir entendimento através de inter-relações entre as partes de uma configuração, explica porque essas configurações são

sempre instáveis, incoerentes ou às vezes irrealizáveis. Enquanto modo de explicação, o enredo causal determina porque uma narrativa tem tal linha histórica, seja ela fantástica ou implícita, que atua através de "hipóteses de enredos", que examinam outros eventos e outras interseções. Sem enredos, a experiência só pode ser categorizada por esquemas taxonômicos, mas não agimos na vida movidos por categorias ou atributos isolados. Fazer com que algo seja compreendido em seu contexto é dar a esse algo historicidade e relacionalidade; desse modo, eventos localizam-se em enredos, que são sempre temporais e seqüenciais, porém fugazes e limitados (ib.:616).

A trama ou enredo deve ser vista como a lógica ou a sintaxe da narrativa, estabelecida através de uma configuração de inter-relações; tecida sobre uma rede significativa cujo critério avaliativo é o conjunto de princípios e valores discriminatórios que demandam uma apropriação seletiva na construção de um determinado tema, é sempre uma fonte de sentido para a interpretação (ib.: 617). O enredo ou a trama devem ser temáticos e a primazia de um ou mais temas narrativos determina como os demais eventos devem ser processados – quais critérios serão usados para selecionar aqueles que receberão sentido.

### **1.1 As dimensões da narratividade**

Somers sistematiza quatro dimensões da narratividade: ontológica, pública, conceitual e metanarrativa (ib.:617). A primeira, a dimensão ontológica, está presente nas histórias que o ator social usa para dar sentido a suas experiências e, portanto, para agir. Ela define quem somos, a pré-condição para saber o que fazer; pois há uma relação processual e mutuamente constitutiva entre narrativa e ontologia, em que uma é a condição da outra e nenhuma é *a priori*. A localização do ator social nessas narrativas lhe confere uma multiplicidade de identidades, pois o sentido de

ser social no mundo requer uma visão da vida mais ampla do que séries de eventos isolados ou combinações variadas de atributos. Processar eventos em episódios requer das pessoas que elas atuem ou não, segundo o modo como elas próprias se interpretam em seu próprio repertório de narrativas. A dimensão ontológica constitui a identidade e o *self*, é o algo em que alguém se torna; essas identidades, mutáveis e móveis, são embutidas nas relações espaciais e de tempo. Como ocorre nas outras dimensões, a narrativa ontológica também está estruturada por enredo, relacionalidade, conectividade e apropriação seletiva.

Além da compreensão do ator social, a narratividade ontológica é também primordial para a compreensão da agência. Essa dimensão da vida social é fundamental, afirma Somers, se quisermos conhecer, dar sentido, explicar, talvez mesmo prever qualquer coisa sobre a prática de atores históricos e ações coletivas. A narrativa ontológica é social e interpessoal e só pode existir no curso de interações entre tempo social e estrutural. Para assegurar-se de algo, o agente ajusta histórias ao tempo que ajusta também sua própria identidade, ou seja, produz outras "realidades" ao adequar suas histórias em teias intersubjetivas, através de uma relacionalidade que sustente ou que transforme aquela interpretação (ib.: 618).

As formações culturais e institucionais maiores do que o indivíduo singular dão a dimensão pública das narrativas. As narrativas públicas, como redes intersubjetivas ou de instituições podem ser uma família, o local de trabalho, igrejas, governos e nações. Como outras narrativas, possuem histórias e tramas, assim como enredos, explicações e critérios seletivos (ib.:618).

A metanarrativa, ou "*master* narrativa", é a dimensão em que estamos incorporados enquanto atores contemporâneos da história, ou mesmo enquanto cientistas sociais. Teorias sociais e conceitos estão codificados com aspectos dessas metanarrativas: Progresso, Decadência, Industrialização, Iluminismo são alguns exemplos, e também

os dramas épicos do nosso tempo, como o Capitalismo *versus* Comunismo, o Indivíduo *versus* Sociedade, o Marxismo e o triunfo da luta de classe, estão localizados nessa dimensão. A metanarrativa da Industrialização e Modernização *versus* Feudalismo e Sociedade Tradicional é um dos mais expressivos exemplos de como uma metanarrativa aloja-se no núcleo teórico da teoria social contemporânea, diz Somers. Essa dimensão metanarrativa possui a característica da desnarrativização, isto é, ela é construída sobre conceitos e esquemas explanatórios (sistemas sociais, entidades sociais, forças sociais), abstrações que mantêm outros elementos como grandes linhas de enredo, transformações e enredos causais (ib.:619).

Enfim, a dimensão conceitual abrange os conceitos e as explicações que construímos enquanto cientistas sociais. Como nem a ação social e nem a instituição são produzidas separadamente, através de narrativas públicas e ontológicas, os nossos conceitos e explicações devem incluir fatores que chamamos forças sociais, como os padrões de mercados, as práticas institucionais, as coerções organizacionais etc. O desafio da narratividade conceitual é justamente produzir um vocabulário com o qual possamos reconstruir e enredar as narrativas ontológicas, os relacionamentos de atores históricos com narrativas públicas e culturais, como instruem suas vidas e quais as interseções entre essas narrativas e outras forças sociais (ib.:620).

As categorias analíticas das narrativas conceituais são, elas próprias, temporais e espaciais; o uso sociológico moderno de termos como "sociedade", "ator", "cultura" tem abstraído sua historicidade e relacionalidade. Um novo vocabulário analítico deve contemplar questões deste tipo: como a vida social, as organizações sociais, a ação social e a identidade social podem ser temporal e relacionalmente construídas, através de narrativas tanto ontológicas quanto públicas? (ib.: 626).

## 1.2 Contexto relacional

Assim, desenvolver conceitos operacionais que "nos capacitem a enredar o tempo e o espaço de narrativas ontológicas de atores históricos", a identificar narrativas públicas ou culturais que conformam suas vidas, assim como outras fontes de forças sociais, políticas ou demográficas, que compõem a história e a ação social é o desafio atual das ciências sociais (ib.:625). Precisa-se de conceitos para relacionar identidade narrativa e essas chamadas forças sociais, conclama Somers, pois tentar entender a ação social significa localizar o seu ator num contexto "societal" e não numa sociedade "entificada", para descrever o conjunto de eventos sociais "que sopram o coração de seu mecanismo", ao invés apenas da metáfora sistêmica de uma sociedade que varia conforme a sincronia de suas partes (ib.:626-7).

Um contexto relacional é, por exemplo, um padrão de relações entre instituições com narrativas públicas e práticas sociais. A relacionalidade do contexto deve atuar como uma matriz, como uma estrutura em que se formam as identidades. "Mudança social", por exemplo, não é vista dessa perspectiva nem como uma evolução e nem como uma revolução de um tipo de sociedade para outro, mas como relações mutantes entre complexos institucionais e práticas culturais de um e de outro contexto que têm sua história localizada sobre o tempo e o espaço. Essas análises também podem envolver problemas tais como a relação entre narrativas e práticas, examinadas empiricamente nas relações entre estas no âmbito de uma instituição, se elas produzem resultados diferente do previsto.

O conceito de identidade narrativa considera como falsa a dicotomia entre sentido instrumental e ideal de uma ação, ou qualquer interpretação dessa ação através de categorias *a priori* de sua natureza. O que Somers acentua é que, sob a perspectiva da identidade narrativa, qualquer conceito utilizado deve ser explorado historicamente;

deve focalizar o contingente narrativo de sentido numa análise relacional da formação da identidade. As relações, simbólicas e institucionais, não são apenas normas que devem ser depuradas pelos sociólogos para atingir o "*self* analítico real", nem são regras sociais que "residem" dentro dos homens. Muito mais do que isso, elas são constitutivas do próprio *self*, do que é próprio, assim como de qualquer identidade de qualquer agência (ib.: 629).

As identidades são constituídas em narrativas simbólicas e materiais, freqüentemente múltiplas e competitivas, onde os atores estão situados e com as quais se identificam. A partir desse pressuposto, Somers acentua que "estamos cada vez menos interessados em *desvios* e cada vez mais fascinados por variações" (ib.: 632). Deste modo, a autora conclui:

Identidade narrativa e contexto relacional permitem re-conceituar o dualismo sujeito-objeto da teoria social moderna. Esses conceitos transformam essa dicotomia em matrizes dos padrões de relações das práticas sociais e de instituições, que deixam de ser mediadas por abstrações e passam a ser mediadas através de ligações de poderes políticos, em práticas sociais e em narrativas públicas. A agência social deixa de ser um status unitário de individuação para ser re-conceituada no entendimento de uma agência constituída através de instituições, estruturas de poder, redes culturais e outras dimensões analíticas, não necessariamente normativas, da identidade (ib: 634).

## 2. O itinerário metodológico da pesquisa

Um ensaio intitulado *Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde* (Nogueira-Martins e Bogus, 2004) fornece, de modo claro e pragmático, diretrizes para as abordagens qualitativas em ciências sociais, definidas como estudo de significados, significações, percepções, perspectivas, experiências de vida etc. (ib.:48). Precisamente este enfoque interessa ao tratamento prático das narrativas dos médicos do trabalho sobre suas experiências

clínicas com o fenômeno da LER/DORT, nesta tese. Marcando as diferenças entre esta abordagem pretendida e a pesquisa quantitativa, essas autoras escrevem:

A [pesquisa] qualitativa busca uma compreensão particular daquilo que estuda; não se preocupa com generalizações populacionais, princípios e leis. O foco de sua atenção é centralizado no específico, no peculiar, buscando mais a compreensão do que a explicação dos fenômenos estudados (ib.:48).

Esse "foco centralizado no específico e no peculiar", explicam, significa uma compreensão do fenômeno geralmente relacionada "a atitudes, crenças, motivações, sentimentos e pensamentos da população estudada" (ib.:48). Mas, esclarecem, isto não significa que:

[...] seus achados não possam ser utilizados para compreender outros fenômenos que tenham relação com o fato ou situação estudada. Para que isso possa ocorrer, o pesquisador precisa, com os dados obtidos, atingir um nível conceitual, que é o que vai possibilitar o aproveitamento da compreensão obtida no estudo específico (ib.:48).

Numa pesquisa qualitativa, a condição de cientificidade passa a ser a intersubjetividade. Assim, o caráter epistemológico dessa relação embute uma visão do pesquisador que se encontra subjetivamente implicado no fenômeno que busca conhecer. Os dados que busca coletar são "descrições de pessoas, situações, acontecimentos, vivências" etc., pois ele anseia essencialmente por interpretações – "busca significado e compreensão, e não evidências" (ib.:49).

Nesse sentido, duas preocupações são sublinhadas pelas autoras. A primeira é a relação que se estabelece entre o pesquisador e seu objeto. Especialmente nesse tipo de pesquisa, "a máxima objetividade só pode ser alcançada quando se incorpora o sujeito observador como uma das variáveis do campo" (ib.:49). A segunda é a capacidade do pesquisador em transitar entre os atores sociais de seu campo, "em manejo de situações tensas e estressantes, em entendimentos de mensagens explícitas e implícitas fornecidas pelos sujeitos" (ib.: 49).

## 2.1 A abordagem dos médicos do trabalho

Neste tópico, cabe em primeiro lugar informar o leitor sobre minha posição como autor dessa pesquisa relativa à situação de atores e agências envolvidas com a assistência médica e previdenciária de pacientes com diagnóstico de LER/DORT na Bahia. Uma rápida informação biográfica se faz necessária, neste sentido, para esclarecer meu envolvimento indissociavelmente pessoal e profissional pelo campo da saúde do trabalhador: desde 1986, comecei a fazer parte da carreira de “médico do trabalho” dos quadros do Ministério do Trabalho e do ex-INAMPS (Instituto Nacional da Assistência Médica da Previdência Social), lotado em Salvador, Bahia<sup>32</sup>. Nessa época prestei, paralelamente a minha ocupação principal, assessoria voluntária durante alguns anos para a "Comissão Estadual de Saúde, Trabalho e Previdência Social da CUT/Ba (Central Única dos Trabalhadores), no final dos anos 1980<sup>33</sup>.

Como representante do INAMPS, e com o interesse especial do governo Waldir Pires em implantar ações de assistência à saúde do trabalhador no âmbito do SUS, participei da implementação do CESAT<sup>34</sup> desde 1987 e fui um dos seis técnicos enviados à Itália para treinamento (no meu caso particular, para ser treinado em "organização de serviços em saúde do trabalhador")<sup>35</sup> nas ações que se propunha como tarefas de um plano de atenção à saúde do trabalhador por esse novo órgão. No início dos anos 1990, deixei o CESAT e passei a atuar, também como médico do trabalho, colaborando na implantação e consolidação da USAT (Unidade de Saúde

---

<sup>32</sup> O SUS – Sistema Único de Saúde, prossegue, atualmente, com a assistência médica aos acidentes e às doenças ocupacionais em virtude da extinção política e administrativa do INAMPS.

<sup>33</sup> Nas gestões dos sindicalistas Moema Gramacho, Salvador Brito e Elísio Medrado etc.

<sup>34</sup> Juntamente com os médicos do trabalho Francesco Ripa de Meana (representante do Governo Italiano, financiador e mentor intelectual do Projeto) e Paulo G Lopes Pena (representante da Secretaria de Saúde e coordenador da porção baiana). A Universidade Federal da Bahia, também participante, não se fez representar durante o período de implementação do CESAT.

<sup>35</sup> Os demais foram: dois higienistas, Mauro Körn e Albertinho de Carvalho; dois toxicologistas, Mina Kato e Eduardo Bari, e a médica do trabalho Tânia Magalhães.



do Trabalhador) em Camaçari/Ba e realizando atendimento ambulatorial de pacientes com diagnóstico ou queixas de doença ocupacional. Durante quase dez anos, atuei nesse ambulatório. O que me propiciou uma experiência ampla com o atendimento de pacientes com diagnóstico ou suspeita de LER/DORT.

Atualmente, como auditor médico do Ministério do Trabalho, inspeciono cotidianamente os mais diversos tipos de empresas, em estabelecimentos rurais e urbanos e, desse modo, conheci muitos médicos do trabalho e muitas modalidades de serviços médicos nessa área. Além disso, embora trabalhando exclusivamente no Ministério do Trabalho, continuo mantendo contatos freqüentes com colegas médicos do trabalho do CESAT, USAT, FUNDACENTRO, INSS, universidades, autônomos, peritos judiciais, médicos de empresas e de sindicatos de trabalhadores.

Dito isto, é preciso enfatizar a concepção já anunciada acima, que norteou minha atuação como pesquisador: este não deve ser visto como alguém que aborda um objeto com distanciamento ou isenção, mas como alguém que está imerso no cotidiano das agências e dos atores sociais, envolvidos, no caso, na instituição do fenômeno médico da LER/DORT. Esta familiaridade com o campo facilitou a identificação de informantes-chave, permitiu o acesso às pessoas mais relevantes, ou reconhecidas pela importância do seu envolvimento com o fenômeno que eu buscava estudar, assim como, durante as entrevistas, tornou possível para mim compartilhar narrativas de experiências vividas pelos informantes.

### **2.1.1 Os informantes selecionados da pesquisa**

A seleção dos pesquisados pode ser definida com a denominação de "amostragem proposital", sugerida por Nogueira-Martins e Bogus (2004) para a pesquisa qualitativa, já que esta "busca apreender e entender certos casos selecionados sem necessidade de generalizações". O critério básico da escolha realizada privilegiou os

detentores da informação e das "experiências que o pesquisador deseja conhecer" (ib.:49).

Assim, a definição da amostra proposital de médicos do trabalho caracterizou-se pela seguinte estratégia: inicialmente, buscava muito freqüentemente conversar com colegas; eram conversas longas, embora informais, ainda sem sistematicidade, nas quais tematizávamos, em geral, as dificuldades do diagnóstico e o conflito que sempre permeava a relação médico-paciente nos atendimentos dos casos de LER/DORT. Atentava para as opiniões e para o interesse que o colega manifestava sobre o fenômeno. Muitas vezes, minhas próprias convicções estranhavam essas opiniões, mas eu procurava entendê-las considerando o contexto em que os colegas estavam situados, o que geralmente levava a importantes variações na interpretação do tema.

A certo ponto, comecei a solicitar diretamente uma entrevista a alguns deles, ou seja, àqueles que ocupavam posições destacadas dentro da rede de assistência aos pacientes com doenças ocupacionais. Nesta primeira incursão, ou fase de observação preliminar do campo, era também muito importante para minha escolha a maneira pela qual esses profissionais expressavam sua pertença às instituições em que atuavam, além do modo pelo qual seus comentários sobre o fenômeno do adoecimento pela LER/DORT afetavam minhas próprias convicções. Minha intenção era ouvi-los enquanto informantes privilegiados de uma situação dentro dessa rede, daí começar a classificá-los, enquanto entrevistados, como médicos do CESAT/SUS, do INSS, sindicatos, empresas etc.

A partir disto, os informantes selecionados eram esclarecidos sobre o tema principal da entrevista: as dificuldades vividas por nós, médicos do trabalho, em nossa prática cotidiana durante o diagnóstico e o acompanhamento de pacientes com diagnóstico de LER/DORT. No geral, considero que tive boa receptividade entre aqueles de quem

solicitei a entrevista; foi necessária uma insistência maior com apenas três deles; além destes, dois outros simplesmente se recusaram.

Ao todo, foram realizadas catorze entrevistas com médicos do trabalho. Este número não foi estimado previamente; o que ocorreu foi que, a certo ponto, considerei que essa dimensão da amostra já me permitia suprir uma caracterização das semelhanças e diferenças entre as posições ocupadas e respectivas percepções do fenômeno pelos informantes, enquanto representativos das várias áreas de atuação do médico do trabalho (SUS/CESAT, INSS, empresas, sindicatos perícia judiciais, etc.).

As entrevistas foram realizadas em diversos locais (FUNDACENTRO, CESAT, empresas, residência, sala de aula e em um consultório clínico), conforme a escolha e a disponibilidade do entrevistado, e duraram entre 30 e 90 minutos. Foram gravadas e a seguir transcritas por uma terceira pessoa contratada para essa finalidade. Eram entrevistas abertas com roteiro (semi-estruturadas, conforme já registrado acima) que buscavam obter, inicialmente, a história profissional de cada médico desde a graduação e como a percepção das doenças do trabalho — a LER/DORT em particular — instituiu-se em suas trajetórias profissionais. A partir desse desenrolar da história profissional, eu interrogava aspectos dos primeiros casos atendidos, as experiências mais marcantes, a valorização dos textos clínicos, o relacionamento com os pacientes e com os colegas, a concepção clínica da doença, a performance enquanto clínico, a visão pessoal do fenômeno, as dificuldades nessas abordagens etc.

O objetivo de uma entrevista nesses moldes é ir além da observação direta; seu propósito é fazer com que o entrevistador coloque-se "dentro da perspectiva do entrevistado" (ib.:49), na medida em que se pressupõe que a relação entre pesquisador e pesquisado busca ser o mínimo possível hierárquica, já que pode ser caracterizada pela interação em que ocorre "uma atmosfera de influência recíproca

entre quem pergunta e quem responde" (ib.:49). De fato, o início das entrevistas é marcado pela incerteza do entrevistador, que não sabe de antemão se conseguirá respostas satisfatórias, isto é, suficientes, do entrevistado; este, por sua vez, também não tem certezas sobre o tema a ser discutido e nem sobre sua confiança no entrevistador. Mas, com a atitude do pesquisador em ouvir atentamente e estimular o fluxo natural das informações, fazendo com que o entrevistado sinta-se à vontade para se expressar livremente, "a entrevista ganha vida" (ib.:50), e se inicia verdadeiramente um diálogo.

A escolha desse tipo de entrevista tenta ao máximo evitar tipificações *a priori* para, deste modo, contextualizar e dar mais poderes ao entrevistado para exprimir melhor o seu ponto de vista. Essa abordagem deve ser concebida como um "evento vívido" (Coenem, 1996:120), um encontro de duas pessoas que trazem um determinado fenômeno à compreensão mútua, através de uma realidade que aos poucos se impõe aos dois interlocutores. A imagem dessa idéia aparece bem clara num trecho na obra *O primado da percepção e suas conseqüências filosóficas*, pela qual Merleau-Ponty (1990) nos mostra como "o mundo percebido é sempre o fundamento de qualquer racionalidade, valor ou existência" para cada um de nós. Desse modo, os objetos percebidos nesse mundo só são "verdadeiros" para aqueles que estão numa mesma situação e envolvidos numa mesma perspectiva:

Se eu e um amigo estamos diante de uma paisagem e se tento mostrar ao meu amigo algo que vejo e que ele ainda não vê, não posso dar conta da situação dizendo que eu vejo algo em meu mundo próprio e que tento por mensagens verbais suscitar no mundo de meu amigo uma percepção análoga; não há dois mundos numericamente distintos e uma mediação da linguagem que os reuniria. Há, e sinto muito bem isso se me impaciento, uma espécie de exigência de que o que é visto por mim também seja visto por ele. Mas, ao mesmo tempo, a própria coisa que eu vejo pede essa comunicação através de seus reflexos de sol, de suas cores e de sua evidência sensível. A coisa se impõe não como verdadeira para todas as inteligências, mas como algo real para todo sujeito que compartilha a mesma situação (ib.:50)

Em outras palavras, esse tipo de entrevista também deve ser vista como um "diálogo do tipo hermenêutico", como define o filósofo das ciências Adriaan Smaling (1996:28) que, após criticar as entrevistas padronizadas porque elas "retiram [o informante] do contexto" e "enfraquecem" o objeto da pesquisa, afirma que o "sentido cardinal" de uma metodologia qualitativa é "fazer justiça ao objeto de estudo, isto é, deixá-lo falar e não distorcer o que ele diz" (ib.:28). Afinal, o entrevistado é, ele também, um intérprete interessado do fenômeno:

O entrevistado não é para ser visto como um respondente, um produtor de respostas, uma criatura a ser nomologicamente explicada ou uma leve variação de um grupo de outros, mas sim, ou também como, uma pessoa que vive em múltiplos contextos, que é intérprete e necessita ser interpretada, que tem o direito de ser levado igualmente a sério, principalmente, aqueles que necessitam de diálogo para ser ou tornar-se uma pessoa (ib.:28).

Por fim, é importante observar que a entrevista qualitativa, especialmente em sua variedade hermenêutica-dialógica permite, segundo Smaling (1996):

Dar poderes ao entrevistado durante a entrevista, [o que] não tem só uma relevância social, política ou emancipatória, mas deve ter uma justificação metodológica. Dar poderes numa situação de entrevista implica uma esfera de verdade, de abertura, de respeito e de sentir-se livre (:28).

Quanto à análise das entrevistas, pautou-se na técnica denominada "leitura por sumarização", um termo traduzido pelo metodólogo e fenomenologista Fred Wester (1996:76), em que o analista lê cada segmento do texto, retira as repetições e os excessos, seleciona os principais momentos e argumentos sobre o tema que foi discutido e os apresenta numa seqüência determinada. No caso desta pesquisa, após realizar esse procedimento indicado por Wester, o "material consolidado" era encaminhado de volta para o respectivo entrevistado, juntamente com o pedido para que cada um anotasse suas observações (referentes a complementações, inadequações, mudanças, arrependimentos etc.) sobre o texto recebido.

Entretanto, isto foi feito em apenas em nove casos, ou seja, com nove entrevistas (do total de catorze) que terminaram por ser utilizadas. A opção por descartar cinco das entrevistas realizadas deveu-se a dois motivos. Primeiro, alguns destes entrevistados possuíam várias inserções profissionais enquanto médico do trabalho, o que dificultava o interesse da pesquisa em caracterizá-los a partir de uma determinada posição principal na área de atenção à saúde do trabalhador. Segundo, algumas entrevistas pareceram repetitivas em relação a outras, que foram finalmente escolhidas como melhor realizadas – fosse pela condução mais eficiente do pesquisador ou pela performance mais satisfatória do pesquisado mas, sempre, porque resultaram em uma interação melhor expressa no resultado final. Assim, na fase do tratamento dos dados, não pareceu relevante que se mantivesse, a título de demonstração da recorrência das opiniões, duas entrevistas com muitos aspectos semelhantes, sendo que uma delas parecia expressar melhor a percepção do entrevistado sobre os pontos investigados.

## CAPÍTULO 6

### O médico do trabalho na empresa

Para contextualizar o discurso dos médicos do trabalho situados nas empresas, examinaremos inicialmente a obra *Saúde no Trabalho: uma revolução em andamento*, da autoria de Daphnis Ferreira Souto (2004), decano da medicina do trabalho no Brasil e ainda professor atuante nessa área, que faz um relato do surgimento e das transformações da medicina do trabalho no Brasil durante o último meio século, que ele define como um período de "profundas transformações" da medicina do trabalho e de "acontecimentos marcantes na valorização da pessoa do trabalhador e de suas conquistas sociais" (Souto, 2004:63).

Essas transformações e essas conquistas são reflexos tardios de um processo longo, que veio da Europa no início do século XVIII, quando os artesãos perderam o controle dos meios de produção e o trabalho passou a ser fragmentado, realizado em fábricas improvisadas, com a utilização farta de mão-de-obra, composta principalmente por mulheres e crianças, mantidas sob longas e insalubres jornadas de trabalho. As pressões sociais contra essa situação produziram leis de tutela dos trabalhadores, como o "*factory act*" em 1833, que fixava em nove anos a idade mínima para o trabalho, limitava a jornada de trabalho a 12 horas por dia e 69 horas por semana, proibia o trabalho noturno para menores e obrigava que os empregadores realizassem exames médicos periodicamente em todas as crianças trabalhadoras. Nessa época, surge a primeira inspetoria médica de fábricas na Inglaterra (1834) e o primeiro "médico de fábrica" na Escócia (1842), cuja função era examinar sistematicamente as crianças trabalhadoras no próprio local de trabalho (ib.: 7-8).

Desde *O Capital* de Karl Marx, cujo primeiro volume foi publicado em 1887, ou a Encíclica *Rerum novarum* do Papa Leão XIII, de 1891, apesar de possuírem visões antagônicas sobre a relação capital-trabalho, são outros dois marcos na instituição de uma tradição de defesa social da saúde do operário industrial moderno. Aos poucos, movimentos pela melhoria das condições de trabalho mobilizaram os mais diversos credos políticos no mundo ocidental industrializado, na medida em que se percebia que a situação era insustentável. O apogeu dessa filosofia foi a Declaração Universal dos Direitos do Homem, promulgada em 1948, com os chamados direitos econômicos, sociais e da saúde. A criação da Organização Internacional do Trabalho (OIT) em 1919, também fruto desse espírito, produziu, em 1957, através de um Comitê Misto formado pela OIT e pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a primeira resolução que definiu as funções da medicina do trabalho nas fábricas, quais sejam: 1) Promover e manter o mais alto nível de bem-estar físico, mental e social do trabalhador em todas as profissões e adaptar o trabalho ao homem e cada homem à sua tarefa; 2) Prevenir todo prejuízo causado à saúde dos trabalhadores pelas condições de seu trabalho; 3) Proteger os trabalhadores, em seu trabalho, contra os riscos resultantes da presença de agentes nocivos à sua saúde; 4) Colocar e manter o trabalhador em uma função que convenha às suas aptidões fisiológicas e psicológicas; 5) Adaptar o trabalho ao homem e cada homem ao seu trabalho (ib.:66-67).

## **1. A medicina do trabalho e a industrialização no Brasil no século XX**

No Brasil, a indústria começou a surgir apenas a partir da segunda metade do século XIX, principalmente nos estados do Sul, de uma maneira que combinava mão-de-obra européia, em grande parte constituída de italianos (alguns anarquistas), patrões e administradores habituados à escravidão e Estado omissos. Essa mistura produziu uma classe operária belicosa que reivindicava com greves uma série de direitos: no período compreendido entre 1907 e 1917, foram registradas mais de 200 greves de



trabalhadores urbanos no Sul do país. A resposta dos empregadores e da polícia, entretanto, é descrita por Souto como arrasadora:

Esses movimentos foram arrasados ferozmente pelas forças policiais a soldo das oligarquias dominantes, ainda de origem agrária, e ainda fechadas às novas idéias que surgiam principalmente na Europa. Eram movimentos paredistas envolvendo reivindicações trabalhistas específicas, como fixação de jornada de 8 horas de trabalho, repouso semanal remunerado, proibição de trabalho de menores de 14 anos, pagamento de salário mínimo e reconhecimento das associações de trabalhadores (ib:123).

As "elites dominantes", diz Souto, e mesmo o Positivismo que assumira grande importância na Proclamação da República, "opunha-se a qualquer regulamentação do trabalho, assim como lutava contra a vacina obrigatória", pois consideravam que "um código do trabalho significaria uma intromissão em seus direitos individuais" (ib.:123).

O médico René Mendes (1980), autor do primeiro tratado de medicina do trabalho e doenças profissionais no Brasil, afirma que, nessa época, várias vozes médicas inserem-se nesse conflito, como "os médicos da Praia Vermelha", no Rio de Janeiro, que se aliam "às correntes ideológicas organizatórias da classe operária" para mostrar o nascimento de uma medicina "que deixa de ser individualista, para se tornar coletiva, urbana e social..." (ib.:14 e 6). Nesse sentido, a tese de doutoramento do médico Luciano Gualberto, de 1907, que "defende a regulamentação da duração da jornada de trabalho, da idade mínima para o trabalho e a necessidade de benefícios previdenciários aos acidentados do trabalho", é um exemplo desse tipo de preocupação dos médicos daquela época. Escreve Gualberto:

Entre nós, aqui no Rio de Janeiro, não há um dia em que não se dêem múltiplos desastres (acidentes do trabalho). Os noticiários dos jornais estão sempre cheios de casos dessa ordem. São os desastres a bordo, nos grandes trapiches, nas construções da cidade, nos diversos estabelecimentos industriais, nas empresas de transportes etc. A vítima, mal se deu a ocorrência, é logo transportada para a Santa

Casa de Misericórdia, hospital mantido pela caridade pública, onde sofrerá as operações e curativos que o caso exigir, e nada mais.

Os patrões, quando muito (coisa bastante rara) pagam-lhe a condução para o hospital. As despesas de operações coisa alguma custa, [...] o operário dá entrada naquele estabelecimento com guia de polícia, dizendo-o indigente [...] O operário não foi, não é e nem pode ser classificado como indigente (Gualberto, 1907, citado de Mendes, 1980:14-5).

Além de Luciano Gualberto, Raul de Frias Sá Pinto (1907), Genserico Dutra Ribeiro (1913), Everardo João Gouveia (1916) etc. são médicos daquela época que têm em comum o fato de produzirem teses de doutorado pela Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro, que denunciavam longas jornadas de trabalho infantil e feminino nas fábricas e que defendiam "a necessidade da intervenção do Estado na regulamentação das relações de trabalho e a criação de uma caixa de seguros" para os trabalhadores (Mendes, 1980:15).

Assim, as duas primeiras décadas do século XX assistiram a debates no Congresso e no Senado e a resistência das empresas em fixar em leis as relações de trabalho e a indenização por acidentes do trabalho através de uma legislação específica. Enfim, inicia-se um amparo pelo lado previdenciário, em 1919, quando surge a primeira Lei de Acidentes do Trabalho e assinala o início das intervenções do Estado sobre os acidentados do trabalho. O projeto de um código de leis trabalhistas, entretanto, "perambulou pelo Congresso durante muito tempo" mas não foi aprovado.

### **1.1 Do médico de fábrica ao serviço médico de empresa**

Do ponto de vista patronal, de acordo com Carlos Roberto Miranda (1990), "os primeiros médicos de empresa brasileiros, contratados espontaneamente pelos empregadores, não tinham nenhum conhecimento de saúde ocupacional e, durante décadas, sua função foi exclusivamente de cuidar de problemas gerais de saúde"

(ib.:49). Cristina Possas, citada por Miranda, assinala que, "neste período, a passagem do médico liberal a médico de fábrica não implicava em mudanças substanciais em sua prática clínica", a qual se mantinha com um caráter simplesmente curativo, "significando apenas uma transferência do consultório" (Miranda, 1990:49-50). Com o tempo, prossegue Possas, esse panorama modificou-se:

[...] a medicina do trabalho passou desde então por profundas transformações, tanto nas relações de trabalho entre o médico e a empresa quanto no que diz respeito à sua conduta clínica, na medida em que esta passava a se ajustar cada vez mais às necessidades do sistema produtivo, assumindo um caráter cada vez mais preventivo (Cristina Possas, citada por Miranda, 1990:50).

A Conferência Internacional do Trabalho da OIT de 1953 recomendava aos estados membros que estimulassem suas instâncias próprias para a formação de médicos do trabalho qualificados e que desenvolvessem "estudos no sentido da organização dos serviços de medicina do trabalho" (Miranda, 1990:51).

A Recomendação 112 da OIT, promulgada em 1959, definiu um tipo especial de serviço médico que consistiu no "primeiro instrumento internacional em que se definia de maneira precisa e objetiva, as funções, a organização e os meios de ação dos serviços de medicina do trabalho" nas empresas. A partir deste momento, continua Miranda,

[...] o médico passou, então, a ser evidenciado como um profissional indispensável no desenvolvimento de um Programa de Saúde Ocupacional, devendo para tal ser dotado de atributos especiais como autonomia profissional e conhecimento especializado de higiene e medicina do trabalho. O serviço médico da empresa deveria ser chefiado pelo médico e este deveria estar diretamente subordinado à direção superior da empresa (ib.:51).

Em relação às "atividades essenciais" desse novo tipo de "serviço médico", a Recomendação nº 112 destacava o atendimento médico de urgência; os exames médicos ocupacionais (pré-admissionais, periódicos e especiais), a visitação periódica

aos locais de trabalho, a inspeção das instalações sanitárias, a orientação da alimentação dos trabalhadores e o registro sistemático de todas as informações referentes à saúde dos trabalhadores (ib.:51-52).

A industrialização do Brasil acentuou-se após a Segunda Guerra, assim como a precariedade das condições de trabalho e os prejuízos à saúde dos trabalhadores, muitos deles "segurados" das caixas de aposentadorias e pensões, aqueles que pertenciam às categorias mais organizadas (Souto, 2004:170).

Sobre a "prática da medicina do trabalho" nas empresas nessa época, Souto afirma que ela pode ser avaliada por um inquérito preliminar realizado nas fábricas no Estado do Rio de Janeiro, o qual mostrou o seguinte quadro:

[...] em 90% das indústrias que desenvolviam algum tipo de atividade médica, a medicina do trabalho lhes era estranha ou ignorada em seus objetivos. Na maioria eram ambulatórios dedicados ao atendimento médico primário, dado como um benefício paternalista, uma panacéia, para evitar reivindicações dos trabalhadores. Esses serviços eram, em geral, de má qualidade, por falta de recursos, e realizados em péssimas instalações (ib.:184).

Na década de 1950, o país já contava com um parque industrial razoável, a classe média já era mais definida e os trabalhadores urbanos intensificavam cada vez mais suas reivindicações de uma maior participação política e por melhores condições de trabalho. Entre os médicos do trabalho havia um sonho de uma legislação que regulamentasse os serviços médicos de fábricas (ib.:184). De acordo com a Professora Elizabeth Dias, que estuda a formação médico do trabalho e seu campo de atuação no Brasil, ganha corpo "a preocupação dos empregadores com as condições de saúde e segurança dos trabalhadores" principalmente em decorrência de uma cultura prevencionista "importada" juntamente com as multinacionais:

[...] quando inúmeras empresas estrangeiras de grande porte, da indústria química e automobilística aqui se instalaram (...), junto com

o *know how* e a tecnologia, elas trouxeram as práticas de organização dos Serviços de Medicina do Trabalho, existentes nos seus países de origem (Dias, 1999:19).

Mas Souto ressalta que esse período não foi fácil para os trabalhadores, que "na sucessão de crises da governabilidade ocorridas entre 1954 e 1956, o braço armado da burocracia estatal atuou vigorosamente sobrepondo-se, tutelar, às demais instituições públicas" (Souto, 2004:185). À medida que aumentava a industrialização do país, aumentava também o número de acidentes do trabalho, agora visíveis através das estatísticas do seguro acidentário, que mostravam o número de benefícios, das aposentadorias e pensões por invalidez ou por morte no trabalho. O governo do presidente Kubitschek, com seu ufanismo de cinqüenta anos em cinco e a abertura do país ao capital internacional, significou para "as massas trabalhadoras urbanas" a manutenção da "tutela" de Vargas, com salários generosos "mas sem nenhum cuidado ou planejamento com a infraestrutura social". Com carisma e competência, JK esgota todo o potencial do modelo político de Vargas e, nesse sentido, prolonga-o até o fim de seu governo, em 1960. As mudanças, as tensões e os conflitos que se seguem prenunciam o fim de um amplo ciclo de mais de três décadas (ib.:186).

O controle dessa tensão social prolongou-se durante os governos autocráticos até a década de 1980 e caracterizou-se pela "exclusão das camadas populares e a destruição do aparelho institucional populista", pelo poder militar e pela tecnoburocracia. Ou seja, "houve a desestruturação do sistema de representação política dos interesses dos trabalhadores e sua substituição por um sistema cooperativo informal de ligação entre burocracia pública e privada", resume Souto (ib.:213).

É durante o ápice desse clima de ufanismo e progresso, durante o auge do período militar, que o governador de São Paulo, Laudo Natel, faz seu apelo dramático: "Ou o governo federal nos ajuda a resolver os problemas dos acidentes do trabalho ou São

Paulo vai parar". Em resposta, em 1972, o governo militar estabeleceu o Programa Nacional de Valorização do Trabalhador - PNVT (Decreto 70.861 de 25/07/72), o qual abrangia três campos, cujo terceiro principalmente nos interessa, pois tratava-se da "saúde e segurança no trabalho, o qual tinha por meta qualificar cerca de 14.000 profissionais de nível superior para controle da segurança do trabalho, da salubridade ambiental e da medicina do trabalho (ib.:222).

Essa definição do PNVT não foi ao acaso, pois "já havia um grande movimento entre os profissionais da área, médicos e engenheiros, buscando sensibilizar o Ministério do Trabalho para a necessidade de estabelecer novos procedimentos", regulamentar os serviços de saúde (leia-se medicina), ou segurança (leia-se engenharia) dentro das empresas:

O objetivo era assegurar, ao mesmo tempo, a clara definição das atribuições dos órgãos de empresas que se deveriam responsabilizar pela prevenção de acidentes e pelas doenças decorrentes do trabalho, como o tipo de profissional a utilizar, assim como a habilitação exigível desses profissionais (ib.:222).

Nessa época, a Sociedade Brasileira de Engenharia de Segurança (SOBES) apresentou ao Ministério do Trabalho uma minuta de "regulamentações", a qual, "com pequenas alterações, viria a constituir-se na Portaria nº 3237 de 17 de julho de 1972". É interessante ressaltar, continua Souto, que essa Portaria foi publicada oito dias antes do PNVT, "mas se encaixou muito bem, como se fora a sua própria regulamentação" e que nela ficou estabelecido que o número de profissionais de curso superior (médicos, engenheiros, enfermeiros e seus respectivos auxiliares de nível médio) dependeria do número de empregados da empresa e do grau de risco de sua atividade econômica (conforme o Código Nacional de Atividade Econômica do Ministério da Fazenda) (ib.:222). Desse modo:

As atribuições dos profissionais ficariam divididas em duas áreas distintas, uma relativa aos assuntos referentes à agressividade do

ambiente e seus equipamentos e outra aos assuntos relacionados com os efeitos dessa agressividade sobre o organismo humano (ib.:223).

Um problema importante foi o fato de que praticamente não existia nenhum material didático publicado em português para atender a essa demanda repentina. A ausência de um conteúdo teórico e a necessidade premente de formação maciça de novos especialistas foram solucionadas utilizando-se certos médicos e engenheiros de empresas, da Faculdade de Higiene e da Faculdade de Saúde Pública da USP (ib.:223), os quais confeccionaram uma série de apostilas, separadas em volumes para médicos e para engenheiros do trabalho, as quais disseminaram-se por todo o Brasil (ib.:224).

A implementação dessa política que introduzia, obrigatoriamente, médicos dentro do local de trabalho como uma nova especialidade, entretanto, só ocorreu propriamente em 1977, após as modificações da Consolidação da Leis do Trabalho (CLT), aprovadas desde a época de Getúlio Vargas (Decreto-Lei nº 5.452/43), mas nunca implementadas. O capítulo V da CLT, que trata da saúde dos trabalhadores e intitulado *Da segurança e da medicina do trabalho*, só foi regulamentado após sofrer profundas modificações introduzidas pela Lei 6.514 em 1977.

Quando a Portaria 3214 de 1978 regulamentou, através de 28 Normas Regulamentadoras (NR), os temas do Capítulo V da CLT que considerou pertinente controlar, definiu a NR 04, que se mantém até hoje, para tratar da obrigatoriedade das empresas públicas e privadas, que possuam empregados regidos pela CLT, de manterem um Serviço Especializado em Segurança e Medicina do Trabalho (SESMT), "com a finalidade de promover a saúde e proteger a integridade do trabalhador no local de trabalho" (NR 04, Portaria 3214/78, item 4.1). Após as alterações que sofreu pela reformulação de 1983, para que possa ser contratado por uma empresa para fazer parte de seu SESMT, o médico do trabalho deve possuir a seguinte qualificação:

[Ser] portador de certificado de conclusão de curso de especialização em Medicina do Trabalho, em nível de pós-graduação, ou portador de certificado de residência médica em área de concentração em saúde do trabalhador ou denominação equivalente, reconhecida pela Comissão Nacional de Residência Médica, do Ministério da Educação, ambos ministrados por universidade ou faculdade que mantenha curso de graduação em medicina (Portaria 3214/78, NR 04, item 4.4.1, c, modificada pela Portaria 08/93).

O médico deverá ser contratado diretamente pela empresa nos moldes da CLT, com jornadas mínimas de três ou seis horas diárias, durante os dias úteis da semana, conforme a NR 04 (item 4.9) da Portaria 3214/78. O profissional dedicado ao SESMT está legalmente "proibido" de exercer qualquer outra atividade na empresa, além daquelas previstas na NR, a qual especifica de modo detalhado suas tarefas e responsabilidades, entre elas:

Aplicar seu conhecimento para reduzir e eliminar os riscos de acidentes e doenças do trabalho na empresa...  
 Responsabilizar-se, tecnicamente, pela orientação da empresa no cumprimento das normas de segurança e saúde no trabalho...  
 Promover atividades educativas e campanhas de prevenção de acidentes e doenças ocupacionais entre os trabalhadores da empresa...  
 Registrar e analisar todos os casos de doenças ocupacionais ocorridos na empresa, descrevendo a história e as características da doença, os fatores ambientais, as características do agente e as condições do seu portador...  
 Notificar esses acidentes e doenças anualmente aos órgãos do Ministério do Trabalho (NR 04, Portaria 3214/78).

Além desses deveres e responsabilidades, a NR ressalta que "as atividades do SESMT são "essencialmente preventivistas" (NR 04, item 4.12.I).

## 1.2 A atualidade do médico do trabalho nas empresas

Após a Constituição de 1988, conforme o médico do trabalho Arlindo Gomes<sup>36</sup> (2003), aumentou bastante a responsabilidade das empresas perante os novos direitos

---

<sup>36</sup> Ex-presidente da Associação Brasileira de Medicina do Trabalho (ABMT) e ex-chefe da Assessoria de Saúde Ocupacional da Petrobrás e consultor em medicina do trabalho, no Rio de Janeiro, RJ.



políticos e sociais de seus empregados. Nos últimos cem anos, a atuação dos trabalhadores urbanos organizados ganhou força e seus interesses já fazem parte das regras do jogo nas empresas e na macro-política do país. Esta nova característica tornou a segurança e a saúde dos trabalhadores um assunto complexo, ressalta Gomes, pois vários interesses estão simultaneamente postos em jogo:

Somente conseguiremos compreender esta questão se lembrarmos que estão diretamente envolvidos os trabalhadores, com seus direitos e deveres, os empregadores, com seus direitos e deveres, e o Estado. Este último, guardião da Constituição Federal, leis e outros mecanismos reguladores da cidadania, está representado por diversos órgãos oficiais, destacando-se, no Poder Executivo, os governos federal, estaduais e municipais com suas estruturas funcionais, (ministérios, secretarias e outros órgãos públicos); o Poder Legislativo e o Judiciário, ambos em suas diversas instâncias, devidamente previstas na Constituição Federal. Mais recentemente, tem se destacado o Ministério Público. (ib.:1836).

Todos os direitos e deveres do cidadão emanam da Constituição Federal, lembra-nos Gomes, que se estabelece no Brasil sob o "Estado Democrático de Direitos" e que, no Título I, Capítulo II, ele destaca, "por sua relação com o mundo do trabalho", a "inviolabilidade" do direito individual à vida, à dignidade e à segurança, assim como são direitos sociais o trabalho, a saúde, a previdência social etc. Com relação às responsabilidades do empregador, ele sublinha especificamente "a redução dos riscos inerentes ao trabalho, por meio de normas de saúde, higiene e segurança" (inciso XXII), "o reconhecimento das convenções e acordos coletivos de trabalho" (inciso XXVII) e "o seguro contra acidentes do trabalho, a cargo do empregador, sem excluir a indenização a que está obrigado, quando ocorrer em dolo ou culpa" (ib.:1836).

A referência legal dessa noção de dever e responsabilidade é o *ato ilícito*, "a manifestação (ação) ou omissão de vontade que se opõe à lei<sup>37</sup>", em torno da qual gira a *culpa*, vista como "uma conduta positiva ou negativa, segundo a qual, alguém não quer que o dano aconteça, mas ele ocorre pela falta de previsão daquilo que é

---

<sup>37</sup> Em oposição a *ato lícito*, que "é a manifestação de vontade conforme a Lei".

perfeitamente previsível". Desse modo, o *ato culposo* é aquele "praticado por negligência, imprudência ou por imperícia, mas de modo involuntário ou não intencional"<sup>38</sup>. A conduta positiva ou negativa da vontade é o dolo, enquanto o *ato doloso* "é o praticado voluntariamente, intencionalmente" (ib.:1837).

Na verdade, continua Gomes, a Constituição de 1988 deu maior rigor ao entendimento existente de que "a indenização acidentária não exclui a do direito comum, em caso de dolo ou culpa grave"<sup>39</sup> ao deixar de caracterizar a culpa apenas para os casos graves: "Basta ficar caracterizada a culpa para que o trabalhador faça jus à indenização estabelecida pela justiça" (ib.:1837).

Outro alerta para os médicos de empresas é sobre a individualização da culpa na questão acidentária: "Na questão acidentária a responsabilidade civil envolve a empresa, o empregador, e seus prepostos". Entre estes, "incluem-se os profissionais de saúde e segurança contratados pela empresa", que sofrem um ônus menor que o empregador, mas que "não estão livres de condenação, pois são solidariamente responsáveis, principalmente se descumprirem" aquelas obrigações previstas na CLT (Lei nº 6.514/77) e nas Normas Regulamentadoras (NR). Além disso, ressalta Gomes, "o acidente do trabalho poderá acarretar a responsabilidade penal do empregador e seus prepostos", assim como "deve ficar bem claro que a responsabilidade civil é independente da penal" (Gomes, 2003:1838).

Além dessas ameaças que pairam sobre o comportamento profissional do médico do trabalho na empresa, Elizabeth Dias (2000) considera que as Portarias nº 24 e 25 de 29/12/1994 do Ministério do Trabalho, que estabeleceram a obrigatoriedade das

---

<sup>38</sup> A negligência – "omissão voluntária de diligência ou cuidado; falta, demora no prevenir ou obstar um dano"; a imprudência – "falta involuntária de observância de medidas de prevenção e segurança, de conseqüências previsíveis, que se faziam necessárias num momento, para evitar um mal..."; ou imperícia – "a falta de aptidão especial, habilidade, experiência ou de previsão no exercício de determinada função, profissão, arte ou ofício" (ib.: 1837).

<sup>39</sup> Súmula 220 do Supremo Tribunal Federal (Conforme Gomes, ib.: 1837).

empresas elaborarem e implementarem, respectivamente, um Programas de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) para seus empregados e um Programa de Controle de Riscos Ambientais (PPRA) para os locais de trabalho, "introduziu uma profunda mudança na organização das ações de saúde dos trabalhadores pelos empregadores" (ib.:17).

Com relação ao PCMSO, que nos interessa especificamente, "é considerado um avanço uma vez que ampliou consideravelmente a população trabalhadora coberta por ações de saúde promovidas sob a responsabilidade do empregador", considera a autora (ib.:17), pois todas as empresas, públicas ou privadas, que empregam trabalhadores sob o regime da CLT devem, obrigatoriamente, elaborar e implementar esse programa para seus empregados, mesmo aqueles que forem contratados em caráter temporário (NR 07, Portaria 3214/78).

Além de estender a proposta de um controle médico e sistematizado para além do SESMT, afirma a autora, o PCMSO "incorpora ferramentas básicas da Administração e da Epidemiologia, fundamentais para a execução da proposta de promoção da saúde" (ib.:17). Para ela, ocorre uma verdadeira mudança conceitual na abordagem médica do adoecimento pelo trabalho:

Mudou o conceito de Atestado Médico de Aptidão para o Trabalho, transformando-o em um Programa que considera a vida do trabalhador na empresa, desde seu ingresso até a demissão. Atribui ao médico-coordenador a responsabilidade técnica pela saúde dos trabalhadores e divide com a empresa as responsabilidades criminais, cíveis e, no caso específico, profissionais (ib.:17).

A NR 07 define os "parâmetros mínimos" do PCMSO, os quais podem ser ampliados pelo seu médico coordenador, pelas instâncias da inspeção do trabalho ou pela negociação coletiva, mas mantendo-se sempre a diretriz de que seu "objetivo fundamental é promover e preservar a saúde do conjunto dos trabalhadores" (ib.:18).

O enfoque do PCMSO é clínico-epidemiológico, "uma vez que considera, igualmente, o indivíduo e o coletivo dos trabalhadores" e é norteado "por uma postura pró-ativa de antecipação, prevenção e controle dos problemas" (ib.:18).

Mas a lei ressalta mesmo são os exames médicos, a maioria deles já definidos pela própria NR<sup>40</sup> mas, pela dinâmica que envolve o desenvolvimento tecnológico desses procedimentos laboratoriais, alguns podem ter sua aplicação a critério do julgamento e da conveniência médica. De qualquer modo, a periodicidade do controle é rigorosa e obrigatória, muito bem amarrada pela regulamentação da Lei, conforme o resumo apresentado por Dias:

Os exames de saúde ocupacional obrigatório são: o admissional (realizado antes que o trabalhador assuma suas atividades); o periódico (cuja periodicidade varia de acordo com as condições de trabalho); o demissional, (realizado até a data da homologação...); de mudança de função, quando há mudança na exposição aos fatores de risco para a saúde (antes da data da mudança); e de retorno ao trabalho (após afastamento igual ou superior a 30 dias, no primeiro retorno)... A periodicidade mínima para os exames biológicos é semestral, podendo ser reduzida pelo coordenador do PCMSO, pelos agentes de inspeção do trabalho ou pela negociação coletiva. O mesmo raciocínio se aplica aos indicadores biológicos definidos para controle da exposição a riscos presentes nos locais de trabalho (ib.:18).

Dessas determinações, cada item, cada prazo ou cada etapa de procedimento não cumprida é passível de multas, aplicadas pela inspeção do trabalho. Do mesmo modo, o direito de acesso aos resultados de seus exames e procedimentos médicos dos trabalhadores é garantido por Lei: "a segunda via [do Atestado de Saúde Ocupacional] deverá ser entregue, mediante recibo, ao trabalhador, assim como os resultados dos exames complementares" que lhe foram submetidos. Além disso, para salvaguardar essas informações médicas referentes a esses procedimentos, diz a NR 07, conforme Dias:

---

<sup>40</sup> Ver Quadro I e II da NR 07, Portaria 3214/78, intitulados, respectivamente, "parâmetros para controle biológico da exposição a alguns agentes químicos" e "parâmetros para monitorização da exposição ocupacional a alguns riscos à saúde".

Todas as informações recolhidas pela anamnese, exame clínico e exames complementares, conclusões, procedimentos e evolução deverão ser registrados em prontuário clínico individual, que será arquivado sob a responsabilidade do médico do trabalho que o realizou, e guardados por 20 anos após o desligamento do trabalhador. Em caso de mudança do médico coordenador, estes arquivos também deverão ser transferidos (ib.:18).

Por fim, nos casos de comprometimento da saúde do trabalhador, a NR 07 define as condutas médicas passíveis para cada caso. Desse modo, quando se constata que houve exposição excessiva a algum risco do local de trabalho, como um indicador biológico aumentado em trabalhador sem queixas ou sinais clínicos positivos, ele e os demais colegas expostos deverão ser remanejados até que o ambiente seja saneado. Quando se tratar de doença ou agravamento, mesmo que tenha sido detectada através de exames complementares e na ausência de sintomatologia, "deverá ser emitida Comunicação de Acidentes do Trabalho (CAT) e indicado o afastamento do trabalhador do fator de risco presente no trabalho, encaminhando-o ao serviço de saúde e à previdência social" (ib.:19). Mas, mesmo com esse rigor de regulamentação que caracteriza a Lei, conclui Dias:

Em que pese os avanços da Norma Regulamentadora, a realidade tem demonstrado que sua aplicação ainda deixa muito a desejar. São inúmeras as denúncias de fraude, má condução técnica, desvios éticos, que necessitam ser coibidos e corrigidos (ib.:19).

A seguir, para ilustrar a posição e a performance do médico do trabalho nas empresas, apresentarei duas entrevistas realizadas com dois médicos do trabalho nessa situação: uma médica que trabalha para uma grande empresa do ramo de serviços e com milhares de empregados e um médico do trabalho empregado de uma metalúrgica com algumas centenas de empregados.<sup>41</sup> Essas duas empresas estão localizadas na Região Metropolitana do Salvador e têm como principal problema de

---

<sup>41</sup> Serão utilizados nomes fictícios para esses dois entrevistados, assim como para os demais que serão apresentados nos capítulos seguintes.

saúde ocupacional uma prevalência alta de casos de LER/DORT entre seus empregados.

## Alice

*O trabalhador identifica você com a empresa, como estando ali defendendo os interesses da empresa e não como médico que quer cuidar dele.*

"Eu me graduei no final dos anos 1980 e fiz inicialmente especialização em pediatria". Alice começa contar sua história profissional afirmando que essa especialidade lhe propicia uma considerável habilidade com o exame físico do paciente:

A minha formação em pediatria foi que me deu — não sei se eu estou fazendo um discurso a favor dos pediatras — mas o pediatra aprende realmente a examinar o paciente, porque é a única arma que ele tem para o diagnóstico, pois às vezes o pequeno paciente, como ele não fala, às vezes ele não passa pra gente informações que a gente gostaria de ouvir. Dor, por exemplo, dificilmente a gente ouve isso do paciente infantil, então a gente vai em busca principalmente de outros sinais e sintomas para o diagnóstico. Então, pra formação clínica, eu acho que a pediatria é ótima, é excelente!

Ela trabalhou durante dez anos como pediatra e começou a mudar de especialidade ao ser contratada por uma grande indústria para exercer a atividade de médica do trabalho. Pergunto os motivos da mudança e ela faz duas observações. A primeira, algumas memórias da época de criança:

Foi interessante porque não foi porque eu quis. Eu não procurei isso, embora, por ser filha de ferroviário, quando eu era criança tinha um medo, chegava até a ter pesadelo de medo de meu pai ser acidentado. Então, quando médica, eu sempre me perguntei isso: "Por que eu tinha esse medo do meu pai ser acidentado? Como é que anda isso no país?" Depois eu ouvia meu pai falar: "Vou fazer exames periódicos, não sei o quê", então eu tinha aquela interrogação, mas na minha formação médica, eu não tive muito conhecimento sobre essa

especialidade... Eu só fui ver realmente quando eu fiz o curso de especialização e fui trabalhar na área....

A segunda, mais pragmática, sobre as inconstâncias do mercado de trabalho da profissão de medicina:

Como eu era pediatra, tive a oportunidade de fazer alguns atendimentos que me deram, vamos dizer, certo "cartaz" na empresa H [Grande indústria da RMS] ... Eu atendia como "terceirizada" de uma clínica, mas montei meu consultório e quis buscar o meu próprio convênio com a empresa. Ao buscar esse convênio, eu tive uma surpresa, porque me indicaram para eu conversar com uma pessoa, com uma gerente, na H e ela me fez o convite: "Você quer trabalhar aqui com a gente?".

Eu fiquei extremamente irritada, porque eu era uma pediatra buscando um convênio e me ofereceram uma vaga para exercer um outro trabalho. Eu falei pra ela: "Eu não sou médica do trabalho, eu sou pediatra". Ela disse: "Não tem importância não, é só para tirar as férias da médica do trabalho". Eu achei a colocação dela mais irritante ainda, porque era como se estivesse banalizando aquela minha situação.

Então ele chamou a médica do trabalho que estava lá há um ano e disse a ela: "Olha, eu já encontrei uma pessoa pra tirar as suas férias". Eu disse: "Não, é melhor chamar um outro médico... Mas eu fiquei assim meio que assustada e ao mesmo tempo eu queria aquele convênio.

Então eles me explicaram que era só clínica, que todos os exames periódicos já estavam definidos... que em nenhum momento eu ia assumir a postura de um médico do trabalho e me deram um bocado de material pra eu levar pra casa para ler. Eu assumi esse compromisso no intuito de agradá-los, mas extremamente chateada. Como era num período de janeiro, e consultório baixa muito a consulta durante esse período, então eu vi que dava para eu conciliar. Aí eu fiz essa experiência e correu tudo muito bem. Foi só coisas de rotina mesmo, não teve nada que pudesse me assustar...

Após essa experiência, "tomei gosto", diz ela, "isso foi em janeiro e, quando foi em março, eu já entrei no curso de medicina do trabalho pela Faculdade C, eu fiz esse curso de um ano". Ao mesmo tempo, ainda trabalhou algum tempo na empresa, pois, "na verdade, quando eu tirei essas férias lá, eles me explicaram que era um contrato

de três meses e que, ao final de um mês, eu poderia pedir a suspensão ou não do contrato". Desse modo, continua, "eu optei por ficar os três meses porque o primeiro mês já me deu assim uma curiosidade maior". Os dois últimos meses, já trabalhei junto com a médica do trabalho, que foi assim uma mestra para mim, porque ela me mostrou como era que as coisas aconteciam". Foi como se fosse um estágio, foi um golpe de sorte trabalhar em uma grande empresa e, inclusive, com a boa orientação de uma colega, "uma pessoa extremamente profissional, ela tem a minha admiração, é uma médica contratada pela H, e ela me estimulou bastante a fazer o curso". A partir do curso e desse estágio, sua carreira profissional começou a tomar um novo rumo. Nessa direção, ela experimenta o sistema variável e instável de contratação da mão-de-obra do médico do trabalho pelas empresas:

Eu dei continuidade e, seis meses depois, ou seja, na metade do curso, eu fui chamada novamente para um novo contrato lá na H, porém não era para tirar férias, era para trabalhar junto com F, num período indeterminado, contratada pela empresa T. Aí, então, como lá tinha escassez de médico, a legislação permitia que existisse um médico familiarizado além do coordenador, desde que ele fosse executante e não coordenador.

A experiência prática em uma grande indústria, que se coadunava com o aprendizado teórico do curso, ofereceu-lhe uma oportunidade privilegiada para organizar sua experiência e desenvolver rapidamente as habilidades. Principalmente porque ela sempre foi muito dedicada aos seus estudos, conforme expressa:

Eu estava fazendo o curso e já estava atuando na área, o que já me dava um perceber muito maior do que os nossos colegas que estavam fazendo o curso comigo, mas só ali, teoricamente... Então, acontecia aquilo que acontece em tudo que é pós-graduação, tem sempre um colega que carrega a equipe toda nas costas. Então os trabalhos sempre eram os meus que eram feitos e tal. E eu dizia assim para o pessoal: "Eu estou tendo um curso teórico e já pratico, porque lá na H se faz tudo que você possa imaginar em prol de uma investigação, em prol da saúde". Eu tive sorte de estar na H, porque lá eu já vi de tudo! Todo tipo de serviço de medicina do trabalho eu já vi.



Desse modo, Alice nos mostra como ocorreu sua formação médica, repete que "as condições de trabalho eram boas, ótimas mesmo. "A gente tinha de 45, a média era 45 minutos para cada paciente na agenda. Era tudo marcado, tudo com hora marcada, a gente fazia todo o gerenciamento dos exames". Além do atendimento clínico que realizava com os pacientes, a atuação do médico do trabalho compreendia também elementos de ergonomia e de epidemiologia ocupacional:

Lá na H tinham vários programas e um deles era o programa de ergonomia. Então, dentro dessa nova especialização, o primeiro contato que eu tive com a atuação ergonômica foi lá na H e de uma forma muito legal, porque eles tinham todo um programa de melhorias, de investigação. Lá, o que nos chamava a atenção era a questão da lombalgia, as hérnias de disco. Por quê? Porque o trabalho era pesado, aquele trabalho penoso, de perfuração de terra, de sondagem. Eu tive oportunidade de ver vários históricos e a gente acompanhou...

Questionada especificamente sobre a ocorrência de LER/DORT na H e sobre suas primeiras experiências com esses pacientes, ela responde:

Os primeiros contatos, conhecimentos que eu tive nessa área que inicialmente era chamada LER, a gente pôde perceber assim em funcionários da área do setor administrativo, que tinham desenvolvido "síndrome do túnel do carpo", que tinham desenvolvido tendinite, bursites... Essas pessoas chegavam para mim, não como uma pessoa a ser investigada, mas já chegava como uma pessoa que teve uma CAT, que teve um afastamento, que teve uma reabilitação profissional... Então, nós tínhamos lá uns dois ou três casos de pessoas que foram diagnosticadas com LER.

Alice enfatiza que a H, enquanto uma empresa estatal, diferenciava-se de outras empresas na conduta que mantinha com seus empregados enfermos:

Os funcionários da H que tinham um histórico de LER, tinham um registro e tudo, e a gente conhecia aquele caso e acompanhava nos periódicos se estava tudo bem, se não tinha nenhum agravamento, porque geralmente aquela pessoa voltava, não no mesmo cargo, as atividades mudavam um pouco.

Alguns anos depois que começou a trabalhar na H, foi contratada para trabalhar concomitantemente na fábrica Z, uma segunda experiência que lhe proporciona uma maneira completamente nova de perceber a medicina do trabalho na empresa:

Eu entrei na Z em 2000, e foi aí que marcou a minha saída da pediatria, porque, de 1995 até 2000, eu conciliei medicina do trabalho e pediatria. Quando a Z me chamou pra trabalhar com eles, eu deixei a pediatria, aí eu fiquei na H e na Z e aí fui absorvida completamente pela medicina do trabalho.

Essa absorção pela medicina do trabalho deu-se através de uma contratação indireta, como uma terceirização da empresa L, através de uma contratação irregular que envolvia uma dupla burla, conforme Alice explica:

E uma coisa que era interessante, a forma hierárquica que eu estava lá na Z era a seguinte: eu não era contratada da Z também. Na H eu era contratada pela CLT, terceirizada, através da FD, que é uma exigência da H para todos os contratados, mas na Z era uma terceirização onde eu era autônoma, prestando serviço à Clínica M... Eu era "autônoma", prestando serviço à M e a M fazia um contrato com a Z.

O que acontecia era que a M, dentro daquele pacote que ela vendia para a Z, ela vendia o PCMCO, que era assinado pelo seu médico coordenador, Dr. N, e eu tinha a posição de médica executante. Era executante no papel, na formalidade, pois eu era a médica coordenadora de tudo o que acontecia ali, porque o médico coordenador tinha no papel, mas não tinha na ação. Ele assinava o PCMCO e mandava pra lá. Eu cumpria o PCMCO e qualquer outra coisa que eu detectasse, eu que tinha que ir até a empresa e dizer: "Está acontecendo isto".

É inevitável a comparação entre as duas experiências, o trabalho na H e na Z.

Lá na Z eu tinha muitas dificuldades [...] porque eles têm um problema social lá importante [...] Pelo ritmo de trabalho, os níveis hierárquicos e o tratamento que é dado aos funcionários, existia uma insatisfação geral. Então, a gente não sabia quando o funcionário estava realmente doente ou quando ele estava querendo se livrar daquela pressão que ele estava vivendo ali dentro, com uma eminente demissão. Porque lá, a demissão era anunciada a toda hora: "Ah, se você não fizer isso, você vai ser demitido"... Era uma coisa que eu via e me sentia assim impotente como médica do trabalho.

O olhar clínico seriado (cuja definição vimos com Foucault, referindo-se à medicina clássica, no Capítulo IV desta tese) que percebe através do ambulatório médico da fábrica as conseqüências mórbidas das situações de trabalho, deve ater-se ao nível das queixas, pois não lhe é permitido investigar a profundidade dessas patologias:

Era uma população masculina, mas não tão jovem [...]. A gente via homens desde a faixa de 20 aos 35 anos, [assim] como a gente podia ver de 40 a 50 e poucos anos. Então tinha muita lombalgia também... As patologias osteomusculares eram percebidas, porém elas não eram investigadas além da clínica (anamnese e exame físico). Quando elas tinham uma investigação, geralmente eram assim de pouco valor pra gente, porque vinham aqueles relatórios dos médicos negando...

O novo emprego não lhe permite os mesmos movimentos que caracterizavam a performance do médico do trabalho, conforme aprendeu na H. Ela sentia-se dividida, entre o tratamento que era dado à sua pessoa, distinto daquele que lhe era dispensado enquanto profissional:

Eu tive alguns casos de tendinite, mas em nenhum desses casos eu pude emitir a CAT, por contraposição da empresa... Então eu ficava meio chateada porque eu não conseguia chegar a uma conclusão de diagnóstico e nem definir o que era que poderia ser feito... Eles tinham um plano de saúde mas a empresa não pagava nenhum exame de investigação! [...] Só os exames do PCMCO, admissional, periódico, etc. “-Ah, eu quero saber se esse cara é diabético, pra poder admitir”, “-Está no PCMCO?”, “-Não”, “-Então não faz, doutora, não tem como fazer porque, se entrar no orçamento, a gente glosa”. [...] Então era difícil trabalhar lá. Eu não tenho nenhuma mágoa deles, me tratavam super bem, mas algumas vezes eu ficava muito chateada.

Alice adotava estratégias que aprendera na H, como saber que a responsabilidade direta pela emissão da CAT não era uma atribuição sua, e que sua obrigação médica terminava na notificação à própria empresa: “Lá na Z eu me defendia dessa forma. Eu notificava para a empresa e a empresa arquivava...” Prossegue, explicando que “desde o tempo da H”, a Dra. F. sempre lhe dizia:

A CAT não é um documento que, obrigatoriamente, somos nós que temos que emitir. É um documento administrativo, é um documento da empresa, a gente tem que informar à empresa que ela deve emitir, mas a gente necessariamente não tem a obrigação de pegar o formulário e emitir.

Enfim, foram cinco anos de trabalho cuja experiência Alice define como um "desastre". Logo depois, surgiu um convite para trabalhar na K, uma grande empresa em Salvador. "Foi assim, eu pedi para sair da H e no mesmo mês eu entrei na K. Troquei um pelo outro, por uma questão de localização", explica. Era um tipo de tecnologia completamente novo, "eu nunca tinha ouvido falar nesse tipo de serviço". A empresa possuía mais de 1500 empregados na época e este foi, de fato, seu primeiro emprego como celetista e como médica coordenadora do PCMSO. Lembra-se de sua impressão inicial sobre o novo emprego:

Então, quando eu cheguei na K, uma empresa que era nova aqui, me desculpe o colega anterior, mas cheguei lá e encontrei uma bagunça. Muito diferente da H, que tinha aquela coisa toda sistematizada, toda organizada [...] E na Z, apesar das dificuldades, lá também era tudo organizado.

Na K, quando eu cheguei, vou te contar! Era de correr pra ir embora! O colega anterior não me passou o serviço, a empresa estava sem médico havia alguns dias e eu vi que era muito *turn over* de empregado. Digamos, se naquela época tinha 1500 funcionários lá, eu tinha um arquivo com mais de 3000 pessoas e eu não sabia por onde começar. Eu tinha que, dentro daquele arquivo, primeiro definir quem estava ativo e quem já tinha sido demitido...

Alice também vê, através dos pacientes que passam pelos exames admissionais e demissionais de seu ambulatório, o mundo do trabalho e suas relações na empresa. A tecnologia é nova, o mercado é instável e a quantidade de trabalhadores oscila com os movimentos de demanda e oferta do serviço. A prevalência de LER/DORT entre os empregados é alta e é um das atividades econômicas que tem cursado com casos mais precoces, considerando-se o pouco tempo de emprego de trabalhadores

acometidos. Pergunto sobre esses trabalhadores e ela informa que o empregado mais velho da casa, "oito anos de tempo de serviço", foi demitido recentemente:

Desse pessoal mais antigo, nós só temos pouquíssimos hoje, porque recentemente houve demissões da grande maioria, pois perdemos duas campanhas onde tinham essas pessoas mais antigas e também campanhas de produtos que foram transferidos para outros estados.

"Há também o problema salarial", lembro, e ela responde:

Justamente. Eu também acredito que sim, a demissão se dá pelo crescimento do salário. É. Porque os salários deles estão atrelados ao contrato e, hoje em dia, quem contrata o serviço busca sempre o menor preço. Então, um produto que antes pagava R\$800,00, hoje só permite pagar R\$400,00, e cai em cada renovação de contrato que é feita.

Esses mais antigos que são demitidos muitas vezes saem até bem satisfeitos, porque como vêem o trabalho como temporário, para algumas campanhas, só universitários que são contratados, então eles já têm uma outra profissão e esse desligamento é um momento de alívio, é um momento esperado, é um momento em que já fez um pé-de-meia para começar uma nova carreira e tentar uma outra coisa. Então, eu não tive problemas com essas pessoas que ficaram lá muito tempo, pelo menos os desligamentos foram todos tranquilos.

Ressalto que certos elementos da história natural da doença nos pacientes procedem desse ramo de serviços, ou seja, falo das queixas desses trabalhadores quanto à pressão, do ritmo e da intensidade do trabalho, que resultam em demasiado estresse profissional; que os sintomas aparecem mais rápidos nesses trabalhadores, comparando-se por exemplo com o tempo de aparecimento dos sintomas nos bancários e em outras categorias profissionais, para perguntar depois sobre as dificuldades que ela encontra no exame clínico desses pacientes. Ela responde:

Veja só, para o diagnóstico clínico eu sigo a propedêutica comum, o histórico ocupacional, eu vejo há quanto tempo a pessoa está na empresa e vou fazendo aquela ponderação... Vejo se ela passou por diversos setores ou se ela esteve sempre atuando naquele mesmo setor, certo? Porque o setor muda...

Veja só, neste histórico ocupacional, certo, onde a gente está vendo o tempo e a disposição, eu vejo o seguinte: tanto faz ele estar lá há quatro meses, há seis meses, um ano ou dois anos... Às vezes, com poucos meses, já começa a chegar lá com atestado de 15 dias, com dor no braço... A gente, naturalmente, pensa que ele tem outra função...

Eu procuro ver também o histórico ocupacional anterior e até uma outra ocupação paralela, pra eu poder justificar esse pouco tempo de trabalho com o surgimento de sintomas desse porte. Mas o que eu percebo, muitas vezes, é que na maioria das vezes eu não encontro uma justificativa paralela. Ou porque ele quer esconder isso ou porque, na maioria das vezes, eles já vão intencionado ao diagnóstico de doença ocupacional.

Pondero que, nesse sentido, ela não conta com a confiança dos pacientes. Ela concorda e continua:

Justamente. Às vezes a gente encontra no histórico anterior, pois ele não tem como esconder: “Não, eu já trabalhei dois anos e meio como operador em outra empresa...” Mas uma atividade paralela é muito difícil eles revelarem. Muitas vezes até você percebe que a pessoa é uma dona-de-casa e ela diz que não... Então, a gente percebe no exame físico, assim, a gente percebe, muitas vezes, aquela micose de mulher que trabalha com detergente, o ressecamento da pele das mãos, você vê que é uma pele grossa... Você vê e fica questionando aqueles sinais e ela fica negando... Mas têm algumas que dizem mesmo: “Doutora, eu tenho filho pequeno, eu lavo fralda, eu não tenho quem faça”. Eu estou dando esses dois lados. Têm aquelas que realmente confessam, mas, porque ela está me confessando isso, a gente tem mais um dado, mas não é suficiente pra se afastar nem diagnosticar, não é?

Mas, muitas vezes, ela ressalta, o tempo de exposição e a dose não correspondem aos sintomas inesperados do paciente:

Então, uma coisa que eu sempre me pergunto é a questão do tempo. “Meu Deus, em quanto tempo realmente é que essa pessoa estaria com uma lesão?”. Pois a grande maioria das doenças que a gente estuda tem a questão do tempo de exposição, da intensidade, certo? [...] Então eu procuro ver que intensidade é essa, analisando o produto com que a pessoa trabalha, o número de toques, de digitação. A gente tem uma análise ergonômica que é feita naquele produto, quais os tempos de pausa, quais os tempos de digitação.

Então, eu tento fazer uma divisão assim: pouco tempo de exposição, sintomas iniciais, posso encontrar uma inflamação, mas não vou encontrar uma lesão que esteja num estágio tão avançado que a gente não possa regredir... Quando o paciente já aparece com um tempo de exposição maior, eu já fico assim... Quando esse funcionário já tem dois anos de empresa, quando ele chega lá [no serviço médico da empresa], ele já diz assim: “Eu já sinto isso há seis meses, eu já sinto isso há oito meses”, sempre nessa faixa entre seis e oito meses, é o tempo que ele leva até chegar ao serviço médico.

Nesses casos, ela sabe que não goza da confiança do paciente e desconfia da sua história ocupacional anterior ou de atividades paralelas; sabe também que não é procurada no início dos sintomas, que seu paciente busca antes outras alternativas de assistência, de preferência dos serviços médicos conveniados e relacionados ao atendimento emergencial do quadro doloroso. À medida que os incômodos tornam-se crônicos, buscam o auxílio de especialistas. Ela conta:

Eu percebo que é assim: o primeiro atestado foi de oito dias, porque ele deu entrada numa emergência. O segundo atestado foi de sete dias, que ele deu entrada nessa mesma emergência, só que foi um outro médico que o atendeu. Então, a maioria dos casos começa assim, até que alguém encaminha para um especialista. A maioria tem um médico assistente que realmente não está fazendo um diagnóstico específico da doença. Ele vem geralmente com um diagnóstico inespecífico, certo? Tendinite não especificada... entendeu?

Pelo fato de não poder contar com uma história que lhe dê, em alguma medida, a dose e o tempo de exposição aos fatores causais da doença, além do seu exame não lhe mostrar alterações, Alice encontra dificuldades em estabelecer padrões ou mesmo condutas individuais:

Então, eu tento fazer um estadiamento de acordo com o tempo de exposição. Mas o que eu percebo é que, mesmo eu tendo esse pensamento de estadiamento, nem sempre a resposta do paciente é de acordo ao tempo de exposição. Por exemplo, eu tenho lá pessoas que, após trabalharem seis meses, foram afastadas do trabalho para tratar uma lesão que eu pensava inicialmente que, pelo tempo de exposição, seria uma lesão inicial e fácil de tratar, que em quinze dias poderia ter um resultado bom e estar retornando ao trabalho, mas

não... Por quê? Porque, para isso, tem que haver repouso, tem que haver o uso de antiinflamatório e depois vai haver uma fisioterapia, a maioria se submete a essa fisioterapia, até porque o lado de lá também quer ganhar...

Ela reconhece esse outro lado do problema, o jogo e o poder da estrutura de assistência médica particular: "Os convênios fazem de tudo", todo tipo de exames numa exigência excessiva de procedimentos médicos, observa ela sobre as condutas dos colegas: "E eu, médica da empresa, vejo o quê? Vejo uma pessoa ser submetida, sem sentido, a uma eletroneuromiografia quase que mensal". Nesse sentido, tenta dialogar com o paciente, obter sua confiança para poder interferir nesses procedimentos. Ela sabe da importância desse componente na relação médico-paciente, mas é difícil em sua situação:

Eu tento assim, mesmo como médica da empresa, estabelecer uma relação de confiança com esses funcionários. Por quê? Porque às vezes você vai entrar em contradição com o médico assistente dele que quer fazer um monte de exames, um monte de tratamentos lá com ele, às vezes sem sentido, como engessar o braço da pessoa, entendeu? E você vai dizer assim – não querendo ser antiético – mas você vai dizer: "Não concordo com esse tratamento, a minha posição é esta. Gostaria de encaminhar você para outro profissional". Então, o paciente, naquele momento, por estar com uma patologia que está envolvida com o trabalho dele, ele fica achando, ele fica com um olhar meio desconfiado para você.

Ele identifica você com a empresa, como estando ali defendendo os interesses da empresa e não como médico que quer cuidar dele. Então, você tem que vencer essa primeira barreira e, muitas vezes, vencer essa primeira barreira significa você fazer concessões.

Mas, mesmo assim, sente que quase sempre essas estratégias falham e ela perde o seu caso, cujos desdobramentos fogem completamente ao seu controle e suas expectativas:

Então, dentro dessa minha procura de um diagnóstico, eu percebo às vezes que esse caso em relação ao qual a gente está esperando um retorno breve, porque pelo tempo de exposição e estadiamento a gente acredita que vai ter um retorno logo e a gente não tem! (...) Quando você vai ver ele está há meses e até há anos no INSS. Você



fica se interrogando: “O que é que está acontecendo com esse paciente? Ele não está se tratando? Ele continua com aquela outra exposição paralela que você não sabe qual é?”

Essa dificuldade na relação com o paciente acentua-se durante o exame físico, pois o paciente chega munido de um repertório enorme de queixas, às vezes referindo sinais que ela não consegue perceber durante o exame físico:

Eu vou examinar e tal e... olhe, eu tenho uma dificuldade muito grande de encontrar os edemas que são referidos pelos pacientes. “Esse braço está todo inchado”, o paciente diz, e você, só de comparar com o outro, vê que não tem edema nenhum. Quando você apalpa, você vê que não tem edema, você inspeciona e não encontra esse edema. Esse edema das LER é uma coisa que eu tenho dificuldade de identificar com meu olho. Esses edemas geralmente a gente só vê nas ultra-sonografias.

Eu lembro que ela também não consegue ver outras sensações que são sintomas da LER/DORT e Alice responde:

É, de fato, a gente não vê... Mas por que eu coloco edema? Porque o formigamento eu não vou ver, nem vou perceber, a dormência eu também não vou perceber, mas o edema eu devo ver, certo? Porque se o paciente consegue ver, por que eu não consigo ver? [...] Claro que já vi alguns casos com edema! Eu estou falando que a grande maioria das queixas de edema eu não consigo ver...

Ela constata que, em muitas avaliações de pacientes, as duas técnicas mais importantes da clínica, a anamnese e o exame físico, encontram-se comprometidas. Os exames, que poderiam lhe mostrar ou sugerir alguma alteração ou lesão dos tecidos, por sua vez, podem tornar-se eles próprios um novo problema: Por exemplo, quando o paciente encontra-se sem sintomas, ou quando os sintomas são leves, mas o exame mostra alterações:

Existe, na ultra-som, área de hipo-ressonância que atinge a bainha dos tendões, que significa infiltração na bainha dos tendões, e que significa tendinite, uma tenossinovite. Então aí você fica só com um diagnóstico tecnológico.

A situação pode ser oposta, mas também complicada, pois "muitas vezes a gente também tem um exame normal". Nessas ocasiões, o paciente sente as suas dores e o médico não consegue observar nenhuma evidência, física ou laboratorial, que possa corroborar aqueles sintomas que o paciente relata. Mesmo assim, talvez pelo seu hábito de pediatra, ela insiste no exame físico e nos mostra outros momentos de impasse na relação médico e paciente, as manobras ou provas especiais que testam o funcionamento de certas estruturas anatômicas do corpo:

Agora, uma coisa que me chama atenção – que eu vou continuar nessa coisa de procurar sinais e sintomas – é quando eu vou fazer todas aquelas manobras e o que eu percebo é o seguinte: [...] Olhe, nenhum refere o que está no livro, a verdade é essa; principalmente se for a manobra de Phalen, onde a pessoa vai referir uma dormência. Então, a gente não tem aquela referência clássica pra dizer que o sinal é positivo. [...] Ou então as pessoas não ficam um minuto completo fazendo o teste, dizem que não estão agüentando mais. Às vezes, também, o exame físico dessas patologias envolve você pegar, você apertar, você manobrar. Às vezes a pessoa tem até uma reação agressiva [...]. Já tomei muito grito.

Aí eu trato a pessoa como uma criança, remeto-me ao tempo de pediatra e falo: "Olha, a Doutora tem que examinar". Então, eu tento desconstrair um pouco... Também, às vezes, a gente nem pode ter essa postura mais relaxada, até por conta de ser mal interpretada.

Ela observa que também há uma variação no comportamento dos pacientes de acordo com os grupos ocupacionais. Neste ponto, considerando sua experiência como médica do trabalho há mais de dez anos, peço-lhe que faça uma comparação entre suas experiências nas empresas K e Z, quanto à relação entre médico do trabalho e trabalhadores:

Eles são completamente diferentes. E o nível social, educacional, também influencia bastante, porque os meus pacientes da K, a grande maioria é jovem e universitária, pessoas já de nível superior, que têm uma idéia de direitos muito exacerbada: "Ah, eu tenho direito de não querer ser examinado pelo médico da empresa". Já tivemos a oportunidade de ter esse posicionamento lá.

Já na Z, são pessoas de um nível social mais simples. Eles se submetem a tudo, sem questionamento. Eles acham que se o médico examina ele, isso é um sinal bom. [...] na K é ao contrário: “Ela [a médica] quer me examinar para provar que eu não tenho essa doença”. Então eles têm essa postura de que nós não temos que fazer o diagnóstico, o médico dele é quem tem que fazer o diagnóstico, nós temos apenas que receber já pronto o pacote do médico dele, sem questionar.

Sua experiência lhe indica, portanto, que ela não goza da confiança do seu paciente em vários aspectos. Aliás, nem mesmo o médico particular do trabalhador dispõe plenamente dessa confiança, ela acha; o que ocorre neste caso é que, como nos tempos passados, em que o paciente trocava de médico até que sua enfermidade coincidissem com o diagnóstico em que ele próprio acreditava. Esta conduta é facilitada pelos convênios médicos subsidiados pela empresa. Entretanto, prossegue Alice, o médico particular é aquele que goza da maior confiança de seu paciente:

Para o paciente, é o médico particular dele. E tem mais, esse médico particular tem que estar de acordo com ele, porque se não estiver, ele diz: “Eu não gostei, vou procurar outro”; “Eu vou procurar uma segunda opinião, doutora, porque eu não concordo que eu tenha isso” ou “que eu não tenha isso”. As posturas são diversas, dependem das dificuldades que eles estão enfrentando.

Mas essa dificuldade não é só em relação ao médico especialista ou ao médico particular do paciente. Ela acontece também em relação à perícia médica do INSS:

Com a perícia as queixas são diversas, até eu tenho queixas da perícia! Eu fui para uma reunião no INSS e eu me lembro que falei assim: “[...] porque os pacientes se queixam que o perito não examina”. Responderam: “Não, porque a gente está ali pra estabelecer a capacidade ou a incapacidade, não pra fazer diagnóstico”. Sim, mas aí eu vou emitir uma CAT com suspeita de quê? Porque diante disso tudo que eu estou vivendo, dessas dúvidas, dessas incertezas, dessas dificuldades de diagnóstico, eu, como médica de empresa, vou me apegar ao que é positivo, vou me apegar ao que é legal.

A minha postura não pode ser de negação diante de uma dúvida. Se ela existe, se existe dúvida, existe suspeita, não? Então, quem vai me dar esse nexos é o INSS, o perito do INSS, ou seja, estou passando a

bola pra ele. Mas eu me dei ao trabalho, eu me vi na obrigação de fazer uma pequena investigação antes de fazer essa emissão da CAT.

Eu falei que, às vezes, a pessoa vem com uma capacidade restrita, o INSS devolve com uma alta ou pede uma reabilitação, um curso de treinamento e diz o seguinte: “Olhe, não coloque essa pessoa pra digitar em demasia, etc.” Então, eu tenho que encontrar, enquanto eu estou ali intermediando, passar isso para quem possa me oferecer essa vaga para que eu possa oferecer ao INSS.

Então, aí eu tenho uma resposta da parte administrativa: “Olha, nós temos aqui um produto onde a pessoa não digita muito e tal.” Essa pessoa tem condição de trabalhar, então eu tento conciliar esse produto com essas restrições que a pessoa tem. Aí a gente faz isso, mas a gente não tem o sucesso que a gente espera, porque geralmente a pessoa não quer fazer mais aquele serviço.

Com a perícia a gente tem essa dificuldade de entender porque uma pessoa que foi com quatro meses de exposição, com um indicativo de sintomas e tal e está lá há tantos meses, dois anos, e não volta? Porque o perito tem essa dificuldade de saber o momento que ele teve uma cura. Será que esse perito está vendo realmente, está pensando como eu estou pensando em relação a tempo, estadiamento, entendeu? O que é que esse perito está investigando? O que é que ele está utilizando para estabelecer essa capacidade ou incapacidade?

Porque eu estou meio que à mercê do que o perito vai resolver, e o que ele resolve eu tenho que receber e adequar àquela realidade, porque eu também não posso: “Ah, ele te deu alta? Você não gostou? Também não vou deixar você trabalhar”. Eu acho que, enquanto médica do trabalho, eu recebo uma pessoa e eu digo a ela que não estou negando... “Ah, doutora, eu estou aqui com um relatório, estou aqui com um exame e o perito me deu alta indevida”. Eu respondo: “Sim, pra isso você tem que recorrer”...

## Inácio

*Infelizmente, às vezes a gente pede pra empresa uma situação de melhorias de condições naquele posto de trabalho, mas nem sempre a gente consegue. Até por não ter uma base, uma fundamentação médica...*

Inácio graduou-se em 1990 e desde essa época já sentia certa disposição para a especialidade da medicina do trabalho. Entretanto, iniciou sua carreira pela clínica ortopédica, ao ser convocado pela Marinha:

Eu passei pela Marinha primeiro e, como já tinha uma experiência em ortopedia, da época de graduando, eu trabalhei em clínica de ortopedia. Depois eu fiz dois anos de residência em ortopedia. Mas, assim que terminei a residência, um ano depois, eu fiz o curso de medicina do trabalho.

Essa formação prévia em ortopedia deu-lhe uma boa "bagagem", relata, "para lidar com as lesões de fundo ergonômico e as questões da LER". Ressalta, entretanto, que esse tema "não é fácil" e que tem continuado sua capacitação também em outras direções na área de medicina do trabalho. Concluídos os dois anos de Marinha, foi aprovado em um concurso para o estado e começou a trabalhar como ortopedista em "pronto atendimento". Em 1999, foi transferido de posto e de função e passou a atuar como médico perito em uma Junta Médica pública.

Nessa época começou a trabalhar também para a Clínica C, que prestava serviço de medicina do trabalho para outras empresas, "fazendo exames periódicos, admissionais e demissionais" de trabalhadores. "Eu não era o médico da empresa, que estivesse atuando numa empresa específica", esclarece, era contratado para atender trabalhadores de "várias empresas, várias realidades diferentes". Essa inserção inicial de Inácio na medicina do trabalho de empresa ocorre nos mesmos moldes de Alice, através de uma empresa que intermedia mão-de-obra médica para suprir as necessidades legais do PCMSO e do SESMT de empresas.

Após a experiência de quatro anos nesse emprego, pediu demissão e assumiu o cargo de médico do trabalho de uma indústria, como médico coordenador do PCMSO e membro do SESMT, onde permanece até hoje. A escolha de Inácio, para ilustrar o ponto de vista do médico do trabalho situado na empresa, decorre tanto de sua experiência profissional quanto das características dessa empresa, em que a LER/DORT é a principal causa de afastamento do trabalho por doença ou acidente entre as centenas de empregados.

Solicito, na entrevista, que Inácio fale sobre sua experiência com a LER/DORT, a partir da época em que a doença surgiu nos consultórios de ortopedistas de Salvador, nos primeiros anos da década de 1990, e pergunto especificamente sobre a sua visão "duplamente especialista", de ortopedista e médico do trabalho, na abordagem de um paciente com a doença. Ele responde:

A minha experiência com a LER vem da minha atuação profissional como ortopedista porque, nesse caso, eu pego os indivíduos encaminhados por colegas médicos do trabalho... Eu atendo e atendia em várias clínicas. A minha experiência é que o indivíduo venha com uma queixa e com uma história de trabalho com esforços repetitivos. Nesse caso, eu atuei como especialista respondendo ou à demanda do próprio trabalhador, ou à demanda de colegas médicos do trabalho. Mas muito mais com demanda do trabalhador.

Em seguida, a Junta Médica dá uma boa bagagem e eu terminei me tornando alguém para quem os outros colegas de outras áreas se referiam. Em alguns casos, principalmente pra tirar dúvida, ou mesmo pra definir uma incapacidade para o trabalho... Nesse caso, a gente recebia muitos trabalhadores do setor público, vindo com um laudo de médico especialista já referindo a possibilidade dos problemas deles com uma relação com o trabalho, ou vindo do CESAT. Então esses casos do CESAT já vinham, praticamente, definidos como casos de possível relação com o trabalho.

Em seguida, essa talvez seja minha experiência mais marcante, estou agora nessa empresa que é uma metalúrgica, onde a gente tem o esforço repetitivo como um risco inerente à atividade... Desse modo, logicamente, a pressão desse problema da LER é muito maior.

Relembro que os primeiros casos de tendinite ou tenossinovite ocorreram entre os digitadores, antes dos anos 1990, no Sul do país, e insisto em saber quando foi que ele começou a tomar conhecimento de casos em sua vida profissional. "Na residência a gente ainda não tinha essa demanda não", responde, mas já havia informações técnicas que chegavam principalmente através da indústria farmacêutica para os novos ortopedistas:

Na verdade, o que vinha pra gente era literatura médica específica, a gente recebia literatura de laboratório, eles já vinham investindo nessa possibilidade... Geralmente eram literaturas boas, com boas citações, boas referências, ricas. Mas nada ainda muito específico da literatura científica, de livros...

Além dessas notícias, lembra-se que, na Bahia, no início foram os bancários o grupo ocupacional mais atingido, principalmente por uma experiência que lhe marcou muito, a proximidade da convivência íntima e doméstica com uma pessoa que teve suspeita de LER/DORT nessa época:

O grande "boom" mesmo foi com os digitadores. E a gente, na Bahia, tinha casos principalmente entre os profissionais bancários. Essa década de 1990 foi mais marcante por causa desse grupo profissional. Inclusive, até minha esposa, ela trabalhou muito com introdução de dados em computador, então, nessa época, início de relacionamento, a coisa ficou muito mais forte, inclusive, porque ela se queixava, ela tinha queixas, sentia dores...

Nesse caso pessoal, que felizmente não trouxe maiores conseqüências, existiam os sintomas, mas não existia nenhum outro sinal: "eu examinava e não encontrava nada". Prossegue:

Eu pedi um exame pra ela, logo de cara, foi uma eletroneuromiografia, porque a queixa era muito mais como um problema neurológico, possivelmente relacionado com síndrome do túnel do carpo ou com uma neuropatia dessas. Sendo que o resultado veio negativo... E me surpreendeu porque a queixa era tão importante, isso me surpreendeu. Eu até pensei que o exame podia estar errado...

A partir de 1995, afirma, o assunto LER já circulava plenamente pelo meio médico e, durante o curso anual de especialização em medicina do trabalho, viu as nuances da doença serem esmiuçadas pelos professores: "Já era batido de forma bastante acentuada... Uma das doenças, inclusive, que teve o módulo mais discutido e mais destrinchado".

Outro local de experiências clínicas que Inácio considera importante para lidar com definição de incapacidade do trabalhador ou de nexos etiológicos entre doença e trabalho é o tipo de atendimento que ele realiza na Junta Médica pública. Sobre essa experiência, ela declara:

Eu diria que, na Junta Médica, a coisa passou a ser de uma certa importância. A gente pode até dizer que uma das coisas que faz o funcionário público ir buscar uma relação do problema dele com o trabalho é o interesse pecuniário. [...] Ele quer que a coisa seja reconhecida como um problema vinculado ao trabalho, porque ele vai ter uma aposentadoria melhor, um salário integral...

Ou ele mesmo procura isso porque tem informação através da mídia, ou de médicos que o acompanham, ou de conhecidos, ou de sindicatos, ou qualquer coisa assim... Ou o próprio pessoal da Junta Médica, principalmente o pessoal administrativo, ou até mesmo alguns médicos terminam fazendo alguma co-relação e orientando-o a buscar essa co-relação.

Através desses canais de divulgação, os pacientes, munidos de seus exames e de atestados médicos, buscam benefícios, afastamentos de trabalho, aposentadorias etc. Na junta, a tarefa de Inácio é fazer essa avaliação e definir, do ponto de vista médico, a presença de doença, a incapacidade decorrente e a existência de relação de causalidade com o trabalho. É um julgamento, uma definição que não admite um meio-termo e que traz repercussões sobre a relação entre médico e paciente. Pergunto quem são os colegas que gozam de maior prestígio entre os pacientes com sintomas dolorosos que lhe procuram na Junta ou no serviço médico da empresa. Baseado em sua experiência de atendimento em clínicas e consultórios, ele diz que seguramente é o médico particular, privado ou conveniado, do paciente:



Normalmente, eles confiam mais nos médicos deles, o ortopedista, o reumatologista... Eu diria que essa confiança advém do vínculo, dessa espécie de vínculo que o paciente tem com o médico assistente dele lá fora; é uma relação que a gente diria mais leve, mais suave, em função de que é alguém que lhe está assistindo e alguém que está ali pra deliberar sobre o seu tratamento... Então, às vezes, cria até um vínculo afetivo, porque aquele profissional é uma escolha direta dele.

Esse "vínculo afetivo" diminui quando o paciente procura um médico que está posicionado em uma empresa ou em uma perícia médica (nessa ordem, para ele), o qual deve decidir sobre sua capacidade ou incapacidade laborativa, deve definir seus direitos e benefícios enquanto segurado. Nesse caso, Inácio salienta:

Quando o paciente vai para um médico do trabalho de empresa, ou vai a um médico perito, ele não faz essa escolha. Nesses casos, é imposto a ele. Então, normalmente, esses médicos também têm uma função mais investigativa. Da realidade do problema mesmo, até que ponto aquele problema é real e até que ponto existem interesses secundários por trás disso. Principalmente o perito...

A posição de médico perito ressalta certos elementos que ameaçam constantemente a estrutura da relação médico-paciente, como suspeição, falta de empatia, conflitos etc. Nesse caso, ao tempo em que se aguça esse papel de detetive do médico, o paciente pode ter motivos para precaver-se durante o encontro clínico:

Já o médico perito [...] é visto sempre como alguém suspeito. Alguém que vai dar ou não um direito a ele. Vai ou não conceder um benefício... Então, muitas vezes, a gente vê o indivíduo entrar, sentar e já olhar pra gente com um olhar desconfiado.

Como perito, por mais que a gente queira, lógico que a gente tem que manter uma certa distância, não criar um vínculo, mas por mais que a gente queira ser alguém isento, alguém que também considere o sofrimento do trabalhador, nós terminamos sempre sendo vistos um pouco como algozes. Quando, logicamente, a gente observa que o indivíduo tem uma dificuldade de entendimento, talvez por formação educacional, ou talvez até por formação de caráter, a gente termina, muitas vezes, tendo conflitos. [...], por força da gente ir de encontro a uma expectativa que ele cria, mesmo que a gente esteja fundamentado [...], mesmo assim a gente pode sofrer alguma represália. No mínimo, esse indivíduo pode dizer que a gente maltratou ele, que a gente foi grosso e que a gente foi antiético. No

mínimo, ele faz uma reclamação nem que seja à recepção da clínica ou ao local onde a gente está atendendo.

Observa-se que pode haver um distanciamento cada vez maior entre o médico e o paciente até a perda completa da relação, nos moldes em que foi caracterizada como encontro clínico. Proponho a seguir que falemos de sua rotina de atendimento ambulatorial no serviço médico da empresa, sobre as dificuldades para o diagnóstico e a definição frente aos casos suspeitos de LER/DORT. Ele responde afirmando que "classifica" os pacientes que o procuram em três grupos principais:

[O primeiro grupo é representado por] aquele paciente que vem com uma história muito bem fundamentada e muito bem detalhada, que se encaixa bem com a clínica e que, normalmente, a gente vai pro exame físico e a gente encontra alguma coisa... Esse é aquele indivíduo que a gente tem toda a caracterização da sintomatologia e do exame físico muito bem encaixado e ele, normalmente, tem um trabalho que a gente pode reconhecer como comprometedor da problemática dele. Ele não se apresenta como um indivíduo com segundas intenções. Ele não quer comprometer a empresa, ele não quer comprometer ninguém. Ele quer resolver o problema dele... Muitas vezes, ele não quer se afastar do trabalho, é uma luta nossa, inclusive, para que ele se afaste do trabalho... E nem sempre a gente consegue, logo de cara, a gente tenta melhorar as condições de trabalho dele, até que um dia a gente consegue afastá-lo, convencê-lo.

Quanto ao segundo tipo:

[...] é igual a esse primeiro em termos clínicos e de exames complementares, mas ele demonstra já uma certa característica litigiosa. A gente tem até um certo receio de lidar com esse indivíduo, porque ele nos trás um pouco de estresse. Por que é que nós temos que atuar com ele com um certo cuidado, uma certa diplomacia, uma certa cautela para não se indispor? Porque, normalmente, é um indivíduo que vê a empresa como um algoz. E, muitas vezes, ele demonstra que [acredita que] a gente está comprometida também com a empresa.

Comento a dificuldade da relação entre médico e paciente em uma situação conflituosa como essa, tanto para colher uma *anamnese* quanto para realizar o exame físico e ele acrescenta: "Esse exame termina sendo um exame muito mais criterioso,

muito mais cuidadoso...". Pergunto sobre a colaboração do paciente durante o exame e ele declara que, às vezes, "o paciente não me permite tocá-lo... Uma parcela é assim. Ele não me permite tocar, ele é um indivíduo hiper-sensível ao exame...". Insisto para saber como procede nessas circunstâncias e ele reflete:

Como é que eu conduzo o exame? Eu conduzo de forma a tentar relaxá-lo o máximo possível, embora, eu também esteja tenso [risos]. Esse indivíduo, ele me sobrecarrega, normalmente... Sobrecarrega psicologicamente e até fisicamente, porque a gente se sente cansado, exausto mesmo. E, muitas vezes, eu tenho até mialgia nessa área de meu ombro e cervical. [...] E, às vezes, até tenho até uma braquialgia que vem associada... É um indivíduo que exige bastante da gente. Muito, muito... É um desgaste que eu diria psicológico, emocional e físico, bastante acentuado.

Além da empatia, ele sabe que a definição da doença e o estabelecimento de condutas exigem muito mais do que uma leitura teórica, que é uma habilidade que se adquire principalmente através da experiência:

Eu diria até que, como profissional da área de medicina do trabalho e como profissional da área de ortopedia, pra mim ficaria até mais fácil, teoricamente, mas, mesmo assim, é um desafio. Então, eu penso nos colegas só da área da medicina do trabalho e que não lidam com essa área ósseo-muscular, sem a formação que a gente tem, que a gente passou... [...] Porque, se já é difícil pra mim... Eu diria que esses colegas não afeitos à área neurológica, ortopédica ou reumatológica, eles devem ter muito mais dificuldades.

Retornando à sua classificação dos tipos de pacientes que procuram seu serviço médico na fábrica, Inácio continua:

E o terceiro é aquele indivíduo em que o exame é extremamente pobre, ou às vezes é ausente, só há sintomatologia mesmo... E nesse indivíduo a gente vê o interesse secundário bem mais acentuado. E aí a gente fica na dúvida: Até que ponto esse indivíduo está sendo minimamente verdadeiro, se ele tem um interesse?

Peço que me descreva com mais detalhes esse terceiro tipo. Ele diz:

É aquele que dá muita testada [entra em confronto com o médico], é aquele que quer se afastar, é aquele que, muitas vezes, parece que foi muito bem orientado por alguém... Às vezes, se coloca a orientação de alguém do sindicato... Não vou colocar o sindicato como entidade, mas alguém... Muitas vezes, eles passam que já leram ou já ouviram algum comentário sobre aquele tipo de coisa. [...] aquele indivíduo que é muito mais problemático, no sentido de que a gente não vê nada concreto para se fundamentar.

Nesses momentos de uma relação conflituosa, relata Inácio, apresenta-se mesmo uma necessidade de mudança pessoal, motivada pela vivência do encontro clínico:

Eu diria que essa área nos traz sofrimento como médico, ela traz angústia. Mas é uma área que, pelo menos pra mim, ela me instiga, me desafia. Então, às vezes, eu penso até na possibilidade de ter uma vida mais leve, eu penso até em abandonar. Eu penso: "Sim, mas quem vai dar prosseguimento a isso?" Alguém seria muito mais preparado do que eu? Por que eu passaria essa bola pra outro? Não seria, talvez, até um egoísmo, ou um fugir mesmo da luta? Como dizem no linguajar de guerra: o desertor? Aí a gente fica naquela de dizer que o desafio é importante, me fustiga, e me anima muitas vezes. Porque essa é uma área nova, em que a gente ouve várias opiniões, às vezes até diametralmente opostas... Muitas vezes, a gente tem colegas que escrevem ou que falam de forma muito condescendente com o trabalhador, com os sindicatos e tem aquele oposto, que ignora a LER. Então, eu ficaria no meio termo. Eu acredito na LER como entidade que existe, em que a atividade [ocupação] minimamente pode ser um fator contributivo e, em muitos casos, o diagnóstico é difícil.

Agora, que existem também muitos que se aproveitam dessa situação pra levar vantagens, para conferir ganhos secundários, isso a gente não tem a menor dúvida, porque nossa sociedade é feita de pessoas de bom caráter e de mau caráter. Existem trabalhadores simuladores... Lógico que eu não vou ao confronto quando eu descubro que ele é um simulador. Eu procuro me conter, faço minhas anotações de forma, também, não de me comprometer no sentido de apontar um caso claramente, mas deixando nas entrelinhas alguma coisa pra alguém julgar.

E, nesses casos, pergunto, como ele procede em sua definição do diagnóstico e da incapacidade para o trabalho:

Quando eu não tenho uma base clínica suficiente, seja nos exames físicos ou complementares, eu termino deixando em aberto para o trabalhador para que ele procure outros profissionais, ou eu mesmo encaminho para outros profissionais... Principalmente na área ortopédica, em que já existem sub-especialidades reconhecidas, como, por exemplo, cirurgia de membro superior, o especialista de mãos, ou o especialista de ombros, pra eles me darem um pouco mais de fundamentação...

Mas, muito sintomáticos são justamente aqueles trabalhadores que estão em fase inicial de doença, provoco, e peço que comente as dificuldades na sua lida com esses trabalhadores e com os empregadores:

Esse sintomático inicial, normalmente, a gente faz um acompanhamento e, mesmo que a gente não tenha um exame complementar que justifique, muitos deles nos passam uma idéia de serem muito verdadeiros e a gente termina sofrendo com eles... E a gente procura respostas. Têm outros, alguns casos, que terminam não passando essa coisa. Nesses casos, a gente acompanha, espera pra ver... Infelizmente, às vezes a gente pede pra empresa uma situação de melhorias de condições naquele posto de trabalho, mas nem sempre a gente consegue. Até por não ter uma base, uma fundamentação médica...

O médico do trabalho de empresa sabe que se situa numa posição do conflito e crê como seu papel trazer certa compreensão entre as partes. É uma tarefa hermenêutica que deve traduzir o sofrimento do trabalho em patologias ou doença, torná-lo visível inclusive aos olhos do empregador. Mas a LER/DORT não lhe permite muitos argumentos e, nessas situações, pergunto quais deles são mais convincentes para que o empregador aceite fazer uma modificação no posto de trabalho. Inácio responde:

O que eu tenho que mostrar pra ele é o número de acometidos. Mesmo que nesse número esteja um quantitativo que não é convincente... A gente coloca em termos epidemiológicos mesmo: "Olha, nós temos em tal área um quantitativo bastante expressivo de tantos por cento de funcionários por queixa. Urge uma medida nessa área. Urge um estudo maior, ou até, mesmo sem se levar a cabo, medidas de modificação desse posto de trabalho".

Mudo o rumo da entrevista e pergunto, do ponto de vista epidemiológico, sobre as formas anatômicas com as quais a LER/DORT apresenta-se em seu ambulatório de fábrica e ele responde:

O nosso grosso aqui, eu diria que está naquela linha da cervico-braquialgia ou da braquialgia... Então, o nosso grosso seria mais uma síndrome do tipo neurológica. E, como diagnóstico de base, seria síndrome do túnel do carpo. Em alguns casos, aparece uma radiculopatia ou algum problema cervical mesmo... O grande grosso é a STC mesmo. As tendinites, na verdade, nós temos alguns casos, mas eu diria que elas são até em número muito pequeno, para o que se poderia esperar... Talvez, dessas patologias de tendão, seria a De Quervain, que é a nível de punho. Ou em ombro, em alguns... Menos em ombro e mais a nível de mão e cotovelo. Que aí ficariam as epicondilites, mas é muito pouco, até para o que eu esperaria.

Retorno à questão do comportamento desses casos "mais agudos" e "ainda sem lesão", que vem procurá-lo em seu ambulatório, com relação ao tratamento, medicações etc. Ele responde:

Eles têm essa facilidade e eles vem. Uma das coisas que chama atenção, inclusive, é que a maioria demonstra resistência em querer que aquilo se caracterize como um problema. Em alguns casos, são poucos, eles não querem ter problema... Mas a gente tem um quantitativo relativamente importante, que eu acho que já quebrou essa coisa e eles sentiram que a empresa não os persegue e que, se o indivíduo tem algum problema, a empresa não o demite. E isso até me facilita, porque, se ele tem um problema, ele fica mais à vontade, me procura e eu posso ver o problema. Embora se pinte uma realidade, lá fora, de demissão, na nossa realidade, pelo menos, isso não é verdadeiro.

Em muitos casos, em que a gente já detectou um nível de moderado a severo [graus máximos de comprometimento da doença], a gente tem até conseguido afastar e manter em tratamento. Ou voltaram e estão numa condição de trabalho que a gente reconhece como ergonomicamente melhor. Eu diria que nossa problemática é com aquele que pode ser um forçador, alguém que esteja querendo levar vantagem... Nós temos, por exemplo, o caso de um funcionário que acompanhamos e que não vimos nada nele. Na área de trabalho dele, nós também não tivemos nenhum problema relacionado à queixa dele. E esse caso é muito mais que uma cervico-braquialgia, pois o indivíduo tem um exame que aponta para uma tendinite de

subescapular, o que não é muito comum. E daí nós fizemos dois exames complementares na empresa que deram negativos. Infelizmente, esse funcionário foi demitido e ele alegava LER... Eu fiz alguns exames nele e não vi incapacidade e ele foi dado como apto [para a demissão]. No sindicato, ele colocou que era portador de LER, apresentou só o exame anterior que ele fez e que deu uma tendinite de subescapular, que não foi confirmado pelos outros dois exames, e o pessoal do sindicato acreditou, não ouviu o médico da empresa e emitiu uma CAT, [mas] sem conhecimento da realidade do posto de trabalho...

Esse rapaz [paciente] foi, inclusive, pro CESAT, que pediu pra gente uma descrição do posto de trabalho e nós entramos com uma contra-argumentação. Estamos, inclusive, esperando uma resposta. Esperando que o CESAT possa ser o mais responsável possível nessa investigação, a ponto de definir algo que [...] não venha muito de encontro à nossa conduta.

Um outro tipo de impasse, adverte Inácio, é aquele em que há "concausalidade" envolvida na etiologia da enfermidade, ou seja, quando ocorre a doença e estão presentes, além do fator ocupacional, outros "fatores causais" ou "predisposições" na vida do paciente:

A nossa grande dificuldade, na verdade, são aqueles casos... Por exemplo, uma funcionária de 52 anos de idade, com síndrome do túnel do carpo moderada a severa, em que eu tive uma luta muito grande, inclusive, para afastá-la, porque ela não queria, ela não era do tipo litigioso. Uma funcionária com outros fatores de risco: a idade muito propícia, o sexo, menopausada e com antecedentes, inclusive, ergonômicos de outra empresa, que a gente reconhece como muito importantes... Aí eu fiquei nessa, se emitia uma CAT pra esse caso, ou não. O que fazer?

Aí a gente diz: olha, o fator ergonômico talvez tenha entrado aí como um gaiato, mas quem pode me garantir que não foi algo que desencadeou, ou que ajudou, ou que piorou? Então, ninguém vai dar essa resposta. A verdade é essa. Então, pensando no benefício que o trabalhador também pode ter, não é uma visão do sindicato, eu não tenho essa visão... É uma visão humana. Aí a gente emite, mas a gente emite essa CAT com uma observação na própria CAT, colocando todos os fatores associados. [...] Até pra empresa atual não ficar como a grande vilã. Porque a gente sabe que um indivíduo, nessa faixa etária, ele não veio pra cá isento, ele não veio pra cá igual a uma

criança. Ele veio com toda sua história, seja em outras empresas, seja na vida particular dele. Então a gente pesa isso.

Mas, por exemplo, se eu pego um homem, mesmo que ele tenha faixa etária pra síndrome do túnel do carpo, mas a gente sabe que ele é homem e que a proporção é de cinco pra um, de mulher pra homem... Então, nesse caso, o ergonômico dele é forte. [...] Nesse caso, eu emito, mas, mesmo assim eu coloco as ressalvas... Porque, na verdade, a gente não quer ser injusto com a empresa, nem quer ser injusto com o trabalhador, nem com a sociedade que é a personificação da previdência social. Então passo pra eles...

Logicamente, que essa bola passada para a previdência social, são eles que ficam com esse encargo de definir aquele caso como relacionado ao trabalho, aí é muito mais difícil... Mas eu dou subsídios pra eles.

Na verdade, pra mim, a LER está sobre-valorizada, principalmente em alguns ramos de atividades. Eu não diria no meu setor [metalúrgico], nem tanto... Mas existe uma sobre-valorização em outros setores, não que não tenha sobrecarga muscular com intensidade, frequência e duração importantes. Talvez estejam entrando outros fatores psicossociais, individuais, muito mais fortes mesmo... Aí é que está o problema. Alguns colegas colocam que existem uma sub-notificação da LER... Talvez as notificações injustas estejam compensando as justas. Mas que ainda é um movimento político-social muito forte, com envolvimento principalmente das entidades de classes, dos trabalhadores e outros que têm pressionado muito... Então, as pessoas buscam seus interesses, com mais ou menos caráter, com mais ou menos sentimento de justiça, não é?

Peço para finalizar, digo que a empresa em que ele trabalha é nova e comento que, atualmente, os casos de LER/DORT não atingem os estágios de evolução que se observava há alguns anos. Ele concorda:

É verdade. A minha preocupação, inclusive, com esses casos que a gente diria "leves", é que certa literatura recomenda até o afastamento do trabalho. Uma das nossas dificuldades, talvez, é não ver essa limitação em alguém que tenha esse dado muito fraco de exame físico ou complementar. Alguns colegas, inclusive especialistas da área, dizem que é melhor não afastar. Existem, inclusive, estudos que dizem que, quando o paciente ultrapassa os três meses de afastamento, a possibilidade do retorno é muito dificultada. Mesmo aqueles que não queriam, que relutaram a se afastar... É aquela lei da inércia, não é? A gente pode aplicar lei da física pra medicina. O



indivíduo se sente naquela situação confortável, e o retorno dele fica muito mais complicado.

Então, nos casos leves, eu tento ao máximo a melhoria das condições do trabalho, trato principalmente com o arsenal terapêutico conservador [medicamentos analgésicos, antiinflamatórios etc.]... Inclusive, a empresa tem se aberto pra essa possibilidade [de oferecer a medicação]. A gente, inclusive, tem ajudado no tratamento com doação de órteses para uso noturno, fornecimento de medicação, encaminhamento pra fisioterapia e eles terminam tendo uma redução na carga horária de trabalho, porque eles saem para tratamento fisioterápico e terminam tendo uma redução da exposição, administrativamente, de uma forma indireta, entendeu?

## CAPÍTULO 7

### O médico do trabalho na perícia previdenciária

O médico do trabalho pode assumir também a posição de perito previdenciário, que será descrita a seguir em dois momentos. No primeiro, o foco da descrição volta-se para a história e o contexto previdenciário da relação entre doença, trabalho e previdência, buscando ressaltar alguns elementos que orientam esse tipo de especialidade médica. No segundo momento, serão apresentadas duas entrevistas, concedidas por dois médicos peritos do INSS, nas quais discutimos, principalmente, um pouco da trajetória profissional de cada um deles desde a graduação, a experiência que tiveram com a LER/DORT desde o surgimento da doença, as dificuldades para o diagnóstico e as relações com o paciente e com os colegas.

#### 1. O contexto previdenciário brasileiro

Conforme já vimos por ocasião do contexto de trabalho do médico de empresa, as duas primeiras décadas do século XX no Brasil assistiram às pressões de trabalhadores e aos debates no Congresso e no Senado que tentavam fixar, através de uma legislação específica, as relações trabalhistas e os benefícios e pensões de trabalhadores e familiares em decorrência de acidentes, doenças ou mortes ocasionadas pelo trabalho. Até então, existia apenas regulamentação de aposentadorias ou pensões de certas categorias profissionais mais organizadas, que se iniciaram pelos trabalhadores dos correios (Decreto nº 9912-A de 1888), das estradas de ferro do Império (Lei 3397 de 1888) e das oficinas da Imprensa Nacional (Decreto 10269)<sup>42</sup>.

---

<sup>42</sup> Uma série histórica completa de documentos e textos legais da previdência social brasileira encontra-se disponível no site [www.previdenciasocial.gov.br](http://www.previdenciasocial.gov.br).

Em uma obra clássica sobre o tema intitulada *(Im) previdência social: sessenta anos de história da previdência no Brasil* (Oliveira e Teixeira, 1985), seus autores afirmam que o corte que demarca o nascimento do modelo previdenciário brasileiro é o Decreto-Lei 4.682 (Lei Elói Chaves), que cria as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) em 1923 (ib.:19). Desde então, conforme Paulo Gonzaga (2004), médico perito do INSS<sup>43</sup>, essas "caixas" multiplicaram-se e passaram a abranger um número cada vez maior de profissões e de trabalhadores:

A partir de 1930 foi se sucedendo a criação de diversas Caixas de Aposentadorias e Pensões, iniciando-se com a dos empregados nos serviços de força, luz e bondes, empresas de mineração, dos marítimos, dos aeroviários, dos comerciários, dos estivadores, dos bancários, dos industriários, dos servidores do estado, dos empregados de transportes de cargas etc (ib.:19).

Jaime Oliveira e Sonia Teixeira (1985) salientam como principais características dessas caixas o fato de terem sido administradas inicialmente por representantes escolhidos pelos empregadores e representantes eleitos pelos empregados (ib.:31) e que, nesse início, acumularam um patrimônio financeiro que crescia cada vez mais. Nesse período, a captação de recursos aumentava e a proporção de saques era mínima "por não existir massa crítica para se aposentar" e isso gerou acúmulo de capital e o aumento do interesse em controlar esses recursos pelo Estado (ib.:94).

Esse controle começa com as CAPs sendo transformados em Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP's). Os novos institutos crescem, abrangem um número cada vez maior de trabalhadores e, aos poucos, sua administração passa para o Estado, que começa a nomear seus presidentes. Em suma, dizem Oliveira e Teixeira, a previdência brasileira dessa época é marcada pela captação de recursos e pela pequena monta dos gastos com os benefícios previdenciários (ib.:118).

---

<sup>43</sup> Médico do trabalho perito previdenciário que, conforme a apresentação da terceira edição de seu livro intitulado *Perícia Médica da Previdência Social* (2004), participou da elaboração de regulamentações e ordens de serviço do INSS, nos últimos anos, além de possuir 30 anos nessa atividade e ter assessorado várias empresas.

Com o fim da Segunda Guerra e após a queda de Getúlio Vargas, o Brasil vive um clima de redemocratização e volta à idéia de uma seguridade social pública, em que o Estado supriria as condições mínimas dos cidadãos, incluindo-se até a proposta de um seguro-desemprego (ib.:149). Esses ideais vigoraram até 26 de agosto de 1960, quando foi promulgada a Lei 3.807 que criou e consolidou uma legislação previdenciária que, se procurava atender às pressões de trabalhadores e incluiu vários benefícios sociais novos, aumentou também a contribuição da parte dos empregados para a manutenção do sistema (ib.:155).

Em 1964, ocorre outra mudança drástica, lembra Carlos Gentile de Melo: "O Ministro do Trabalho, Arnaldo Sussekind, determinou a intervenção em todos os institutos e demais entidades do sistema acabando, em definitivo, a possibilidade de influência dos trabalhadores no desenvolvimento dos programas assistenciais" (Melo, 1984:176). O Governo Militar unificou os vários institutos no Instituto Nacional da Previdência Social (INPS). As três características principais desse período são, conforme Oliveira e Teixeira (1985): uma política de concessão de assistência que é assumida como um "direito consensual" e cuja extensão dá cobertura previdenciária a quase toda a população trabalhadora urbana e parte da rural (ib.:207); o privilégio de uma prática médica curativa e especializada, individualista e assistencialista, em detrimento de uma política de caráter preventivo e de interesse coletivo (ib.:208); e a criação de um "complexo médico industrial" que se sustenta pela produção de medicamentos e pelo fomento de equipamentos médicos (ib.:209).

Para Gonzaga, assim como para Oliveira e Teixeira, o período econômico dos últimos 50 anos caracterizou-se, em termos de desenvolvimento previdenciário, pela perda do acúmulo inicial da capitalização que se desviou para investimentos governamentais diversos e de grande porte (como a construção de Brasília, Transamazônica, Ponte Rio-Niterói etc.) e pelos custos cada vez mais altos da opção pela tecnologia médica e terapêutica e pelo aumento da expectativa de vida da

população assistida pela previdência social. Essas demandas foram inicialmente compensadas pelo pleno emprego da base de sustentação urbana. Entretanto, as políticas econômicas trouxeram sucessivas reduções dos postos de trabalho urbano que impuseram crises ao sistema, que alternou períodos de maior ou menor contenção na concessão de direitos e benefícios aos segurados.

Nos aspectos que se referem aos acidentes e doença do trabalho, um dos modos de restringir custos foi estabelecer distinções entre os conceitos de "doença do trabalho" e "doença profissional". A partir da Lei 5.316 de 1967, que integrou o seguro de acidentes do trabalho à Previdência Social, as "doenças profissionais" passaram a ser exatamente 21 doenças relacionadas como um anexo da Lei, as quais, no caso de adoecimento do trabalhador, teriam nexos causais automáticos com o trabalho, enquanto que as "doenças do trabalho" seriam as demais, aquelas que exigem investigação e provas para o estabelecimento do nexo causal com a ocupação, a fim de caracterizar o direito do segurado ao benefício previdenciário. Desde então, essa lista vem se ampliando constantemente, exceto durante o Governo Militar, sendo que a última ampliação ocorreu com o Decreto 3.048 de 1999.

Hoje, apesar das alterações introduzidas por decretos e portarias subsequentes, é a Lei 8.213/1991 que norteia a concessão de benefícios previdenciários, inclusive para os casos de acidentes ou doenças do trabalho. Assim, em seu artigo 19, a Lei define o acidente do trabalho como aquele "que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa" e que "provoca lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte ou a perda ou redução, permanente ou temporária, da capacidade para o trabalho". Ainda como parte dessa definição, o artigo seguinte especifica que também são considerados acidentes do trabalho as seguintes "entidades mórbidas":

- I – Doença profissional, assim entendida a produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinada

atividade e constante da respectiva relação elaborada pelo Ministério do Trabalho e da Previdência Social;

II – Doença do trabalho, assim entendida a adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente... (art. 20 da Lei 8.213/91).

No caso da "doença do trabalho", categoria em que se enquadra a LER/DORT, é necessário excluir a presença de "doenças degenerativas", doenças "inerentes ao grupo etário" ou doenças "endêmicas" de uma determinada região, ou aquelas que são capaz de causarem incapacidade do paciente para seu trabalho. Entre os benefícios que lhe assistem, enquanto segurados, estão:

- 1) O "auxílio-doença", devido ao segurado que, temporariamente, "ficar incapacitado para seu trabalho ou para sua atividade habitual por mais de quinze dias consecutivos" (art. 59 e 60);
- 2) O "auxílio-acidente", a que faz jus o segurado cujas lesões decorrentes do acidente do trabalho "resultar em seqüelas que implique redução da capacidade laborativa e maior esforços para o exercício de suas atividades profissionais (art. 86);
- 3) A "reabilitação profissional", que tenta reabilitar o segurado na sua atividade ou até em outras funções (art. 90);
- 4) A "aposentadoria por invalidez", para os casos em que o segurado "for considerado incapaz e insuscetível de reabilitação para o exercício da atividade que lhe garanta a subsistência" (art.43).

Além desses benefícios previdenciários, entre os direitos trabalhistas dos acidentados (inclusive aqueles caracterizados como portadores de doença profissional ou do trabalho) estão a contagem do tempo de afastamento, como se o trabalhador acidentado tivesse efetivamente trabalhado no período, para fins de indenização ou aposentadoria e a estabilidade do trabalhador no emprego, durante doze meses após o retorno ao trabalho (artigo 346 do Decreto 3048/99 que regulamenta a Lei 8213/91).

## 1.1 A perícia médica previdenciária

É nesse ponto que começa as especificidades do trabalho médico pericial. Conforme Gonzaga, o médico perito é uma função específica que só existe na previdência social:

A avaliação da repercussão da doença sobre a capacidade laborativa dos segurados se faz mediante a realização de Exame Médico-Pericial a cargo da Perícia Médica do INSS e de seus Médicos-Peritos. Esses profissionais recebem formação complementar por parte da seguradora após sua graduação em medicina, não havendo formação curricular da atividade de médico-perito (Gonzaga, 2004:39).

Essa especialidade tão diferenciada deve desincumbir a função de definir pela instância médica quem deve ou não gozar os benefícios supracitados. As tarefas do perito são avaliar o paciente perante o incômodo ou sofrimento a fim de transformá-los ou não em doença e esta em acidente de trabalho. A seguir, deve avaliar o paciente perante sua vida profissional enquanto segurado e julgar sua incapacidade para trabalhar. Esse julgamento é sua principal função, lembra Gonzaga, que deve manter-se sempre cômico dessa responsabilidade:

Precisa ter em mente que, ao contrário da medicina assistencial, onde o médico está sempre em estreito vínculo profissional com o paciente, o médico perito é colocado pela instituição seguradora como um juiz, devendo manter um equilíbrio adequado entre as postulações desejadas e as possibilidades da lei vigente que ele deve conhecer. Deve estar preparado para reconhecer o direito, concedendo o que deve ser concedido, mas negar as pretensões ilegítimas, fruto de desejos pecuniários sem abrigo na lei constituída (ib.:16).

No caso dos acidentes do trabalho e das doenças ocupacionais, o médico-perito deverá determinar, além da presença de incapacidade do doente para sua ocupação, como faz com todos os outros males que a perícia médica avalia, reconhecer, "tecnicamente", "o nexo causal" entre o "acidente e a lesão" e entre "a doença e o trabalho", conforme o art. 337, Decreto 3.048/99. A diferença entre esses nexos, segundo Gonzaga, é que:

O nexu causal é um exercício de raciocínio lógico desenvolvido pelo médico assistente e pelo médico do trabalho da empresa, enquanto o nexu técnico é atribuição somente do médico-perito do INSS por força de legislação, nexu este que relaciona um diagnóstico com um determinado risco existente num posto de trabalho (ib.:99).

No sentido de facilitar uma homogeneidade maior no diagnóstico pelo médico do trabalho, o Anexo II do Decreto 3.048/99 estabelece uma relação de doenças ocupacionais (profissionais e do trabalho), lembra-nos Gonzaga, assim como desde o Decreto 2.176/97, que também regulamentava a Lei 8.213/91, já havia "uma listagem dos agentes patogênicos e as atividades que contêm os riscos" (ib.:98).

Como médico-perito, Gonzaga elogia a disposição da "equipe de médicos" que elaborou a relação, mas questiona a amplitude do número de doenças relacionadas no anexo II, o qual, mesmo assim, só passou a vigor após várias "notas explicativas" e um *Manual de Perícia Médica da Previdência Social*, que só foi publicado depois, em 1999. Ele ressalta o trabalho "exaustivo" da equipe médica, mas acentua que para ser entendida ou aceita ela foi complementada por "mais de uma centena de protocolos explicativos sobre diversas patologias", numa série de "algoritmos lógicos indicando seqüência de passos de raciocínios esquemáticos" (ib.:99). Mas não é só isso, outro problema é o *status* que o elemento epidemiológico adquire na definição do caso particular que cada paciente representa para o médico-perito, conforme ele diz:

As listas contêm situações altamente polêmicas e de difícil administração pela perícia médica, pois encerram direitos e introduzem no contexto gerador de estabilidade no emprego situações de probabilidade, de presunção, consideradas por alguns insuficientes para a devida caracterização da relação de causa e efeito, quando qualquer seguro busca a afetiva existência de fatos concretos e não meras presunções.

A lista B adicionou fatores de risco de natureza altamente subjetiva, que poderão gerar mais confusão e demandas judiciais, não atendendo à finalidade do Decreto e da Lei. Cria-se a situação "se pode ser, então é" (ib.:100).



O segundo ponto do julgamento pericial é o momento de definir a incapacidade do paciente para o trabalho, tema em que Gonzaga não se alonga muito. Mas o *Tratado de Patologia do Trabalho*, organizado pelo Prof. René Mendes, traz uma parte em que ele próprio se dedica ao assunto (Mendes, 2003). O autor começa afirmando que a noção de incapacidade, pela ótica do seguro privado ou público, como no senso comum, pode ser temporária ou permanente, parcial ou total. Após ressaltar as dificuldades inerentes ao desgaste e ao sofrimento mental, destaca, entre "as repercussões mais objetivas do trabalho sobre a saúde, de natureza física ou funcional", "a disfunção ou deficiência, a incapacidade e a morte" (ib.:59).

Desse modo, a doença ou o acidente, relacionados ou não com o trabalho, podem produzir incapacidade para qualquer pessoa trabalhar. A OMS, para fins de abordagem médica, considera primeiro o conceito de "deficiência" ou "disfunção" (*impairment*), definido como "qualquer perda ou anormalidade da estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica" (Citado de Mendes, 2003:59), para em seguida relacioná-lo à ao conceito de incapacidade. Por exemplo, escreve Mendes:

Após um acidente vascular cerebral (AVC), a paralisia do braço direito ou a disfasia serão "deficiências" ou "disfunções", isto é, sistemas ou partes do corpo que não funcionam e que, eventualmente, irão interferir com as atividades de uma vida diária "normal", produzindo, nesse caso, incapacidade (ib.:59).

A partir dessa definição, é natural que se conclua com Mendes que "a avaliação da natureza e do grau da *deficiência* – se presente – é um procedimento essencialmente médico" (ib.:59). Não é uma tarefa fácil, ele alerta, mas "a boa prática" recomenda que se evite "a caracterização bipolar do 'tudo' ou 'nada', utilizando-se ao máximo *escalas de estagiamento ou estadiamento* da deficiência ou disfunção" existentes no mercado (ib.:59). O propósito dessas guias ou tabelas de conduta ou de avaliação é valorizar "cada vez mais, a capacidade residual do paciente/trabalhador, em todas as esferas da vida, inclusive no trabalho" (ib.:60).

A “incapacidade”, por sua vez, é definida pela OMS como "qualquer redução ou falta (resultante de uma deficiência ou disfunção) da capacidade para realizar uma atividade de uma maneira que seja considerada normal para o ser humano, ou que esteja dentro do espectro considerado normal" (OMS, citado de Mendes, 2003:60). Refere-se às ações que a pessoa não consegue mais realizar, resume ele, como no exemplo citado em que o paciente com AVC não consegue falar, vestir-se, caminhar, dirigir, etc. (Mendes, 2003:60).

O sentido e a diferença entre essas categorias são estabelecidos por Diorio & Fallon (1989), do seguinte modo:

[...] deficiência (*impairment*) é determinada pelo médico e reflete um julgamento profissional baseado no resultado do exame físico e de exames complementares. Reflete uma anormalidade anatômica ou funcional que persiste após o tratamento adequado, sem razoável perspectiva de melhora. É um dos critérios a serem considerados por ocasião da determinação da incapacidade...

[...] incapacidade (*disability*) é um termo legal. É uma estimativa da extensão ou dos efeitos da deficiência (*impairment*) sobre a vida de um paciente. Na determinação da incapacidade outros fatores são também considerados, tais como: idade, sexo, escolaridade, ambiente social e econômico e requerimentos de energia de ocupações específicas (Diorio & Fallon, 1989, citados de Mendes, 2003:62).

No Brasil, para fins de aplicação previdenciária, o INSS definiu a incapacidade como "a impossibilidade de desempenho das funções específicas de uma atividade (ou ocupação), em consequência de alterações morfofisiológicas provocadas por doença ou acidente" (Mendes, 2003:60). Este autor comenta que:

Para a imensa maioria das situações, a Previdência trabalha apenas com a definição apresentada, entendendo "impossibilidade" como incapacidade para atingir a média de rendimento alcançada em condições normais pelos trabalhadores da categoria da pessoa examinada. Na avaliação da capacidade laborativa, é necessário ter sempre em mente que o ponto de referência e a base de comparação devem ser as condições daquele próprio examinado enquanto trabalhava, e nunca os da média da coletividade operária (ib.:60).

Em conseqüência, a arte médico-pericial pronuncia-se sobre a existência ou não de incapacidade laborativa perante seu segurado, levando-se em conta, conforme Mendes enumera, "de maneira imprescindível", as seguintes informações:

Diagnóstico da doença; natureza e grau de "deficiência" ou "disfunção" produzido pela doença; tipo de atividade ou profissão e suas exigências; indicação ou necessidade de proteção do segurado doente, por exemplo, contra re-exposições ocupacionais a "agentes patogênicos" sensibilizantes ou de efeito cumulativo; eventual existência de hiper-susceptibilidade do segurado ao "agente patogênico" relacionado com a etiologia da doença; dispositivos legais pertinentes (por exemplo: Normas Regulamentadoras do Ministério do Trabalho, ou de órgãos da saúde, ou de acordos coletivos, ou profissões regulamentadas etc), idade e escolaridade do segurado; susceptibilidade ou potencial do segurado à readaptação profissional, mercado de trabalho e outros "fatores exógenos" (ib.:60). A partir dessas "bases técnicas", o médico classifica a incapacidade em "total ou parcial, temporária ou indefinida, uniprofissional, multiprofissional e oniprofissional" (ib.:60).

Contudo, Mendes adverte que a legislação previdenciária não funciona nesses termos. A perícia médica só se pronuncia sobre a incapacidade laborativa do segurado no curto prazo, concedendo-lhe o "auxílio-doença", ou no caso de seqüelas definitivas após a consolidação das lesões da doença ou do acidente para conceder "auxílio-acidente", ou, ainda, no caso de invalidez permanente para o trabalho, "insusceptível de reabilitação profissional", que o perito também avalia, para a concessão da aposentadoria.

## 1.2 A perícia médica e a LER/DORT

Voltando ao fenômeno da LER/DORT, ainda conforme Gonzaga, em agosto de 1998 o INSS aprovou a Nota Técnica nº 606, elaborada por uma comissão tripartite (governo, empresas e sindicatos), a qual estabeleceu as novas condutas que seriam adotadas pelos médicos-peritos para a concessão de benefícios acidentários pelas doenças conhecidas sob o nome genérico de "DORT" (2004:147). A antiga denominação de LER atinha-se apenas a "determinados gestuais repetitivos", lembra esse autor, a qual não contemplava "diversas outras situações" em que tais gestos

estariam ausentes, mas o trabalho poderia provocar os mesmos sintomas. "Essas patologias ocorrem quando o trabalhador executa suas tarefas com posturas anormais ou mesmo com contratura estática, as quais, sabidamente são muito mais importantes na gênese das DORT do que os movimentos repetitivos", resume (ib.:147). Sobre as vantagens e reclamações dessa mudança de nome, esse autor expõe sua opinião:

A migração do nome LER para DORT encerra vantagens por englobar uma gama maior de patologias sem se afastar do conceito generalista de efeitos de trabalho, especialmente sobre os membros superiores dos trabalhadores, sem excluir a possibilidade de acometimento dos membros inferiores, pois qualquer segmento corpóreo pode ser comprometido. Há resistência de alguns setores sindicais que imaginam ser a troca da denominação uma forma de minimizar a atuação histórica dos mesmos em defesa da classe trabalhadora, na busca de melhorias das condições de trabalho (ib.:147).

Gonzaga também esclarece que a característica principal da LER ou DORT, seja ela definida anatomicamente como uma tendinite, epicondilite, sinovite, neurite etc, ou definida clinicamente através de quadros sintomatológicos distintos, o "ponto de encontro" de todas esses quadros clínicos são "os sintomas álgicos":

O sintoma principal é a dor, seguida de incapacidade funcional do tipo perda de força do membro atingido. O quadro álgico pode ser precedido durante dias ou semanas de uma sensação vaga de desconforto, peso ou mesmo sensação descrita como queimadura, sensação de que o membro atingido estaria mais quente do que o habitual. Quando os nervos periféricos são comprometidos, aparecem parestesias ou sensações de formigamento no trajeto ou nas regiões inervadas por tais segmentos nervosos (ib.:150).

A dor, seja em consequência das condições inadequadas em que o trabalho é desempenhado (seja em resposta à repetitividade dos movimentos de determinados segmentos corporais, às posturas forçadas, aos mobiliários inadequados ou às sobrecargas estáticas, às pressões localizadas de instrumentos sobre mãos e punhos etc.) ou não, instala-se de modo insidioso e com pouca especificidade, cronifica-se,

define-se como um quadro clínico ou anatômico já conhecido ou persiste e, por fim, adquire a autonomia e o *status* da forma clínica de "dor crônica" (ib.:150).

Quanto ao exame físico, Gonzaga recomenda que, primeiro, o perito deve inspecionar os membros superiores, "observar o aspecto e a coloração da pele", comparar "o membro comprometido com o membro contra-lateral, procurando detectar alterações, assimetrias etc." (ib.:150). A seguir, deve palpar as mãos, observar as "manifestações de sudorese ou diminuição de temperatura" e procurar alguma "hipersensibilidade nos trajetos tendinosos, sinais de crepitação que retratem edema e processo inflamatório de bainhas e *fascies*" musculares (ib.:150). As fases iniciais da doença são habitualmente pobres em sinais físicos, mas pode-se pesquisar sinais do edema inflamatório que caracteriza essas fases, através da palpação de certo "empastamento", certa falta de individualidade dos planos superficiais e profundos dos tecidos moles dos membros superiores (ib.:150).

Além dos testes clínicos específicos, batizados com o nome de seus respectivos implementadores, conforme já vimos (Phalen, Tinnel, etc), Gonzaga recomenda que se objetive os sinais visíveis, às vezes utilizando-se das manobras mais simples:

Uma fita métrica pode auxiliar na mensuração objetiva dos diâmetros dos braços e antebraços, nunca nos esquecendo de que o membro dominante apresenta geralmente maior massa muscular e diâmetro de cerca de um centímetro mais avantajado na circunferência. Quando o membro afetado fica em desuso, nas formas mais crônicas, o que se observa é certa atrofia em relação ao membro não comprometido (ib.:150).

Entretanto, apesar dessa objetividade aparente, tais exames, para terem êxito, devem contar muito com a confiança e a colaboração do paciente no médico examinador. O médico perito, paradoxalmente, deve desconfiar sempre e reforçar suas estratégias de detetive para investigar a presença da doença e da dor, principalmente onde haja resistências ou possibilidades de fingimentos:

Recomenda-se que tais manobras sejam feitas, para avaliação médico pericial, com cuidados especiais, para não chamar muito a atenção do segurado, devendo ser inseridos ao longo do exame, quando se praticam outras averiguações, pois num exame dessa natureza não se pode contar com a colaboração completa deste, já que procura um objetivo bem definido, que é justamente o benefício. Numa avaliação clínica que não envolva aspectos periciais tais cuidados são dispensáveis (ib.:151).

Enfim, para avaliar os recursos do instrumental tecnológico de exames e procedimentos especializados, Gonzaga nos previne que "raras vezes os exames complementares auxiliam no diagnóstico". Destaca apenas o valor da eletroneuromiografia e das ecografias e ressonâncias magnéticas, mas ressalva que devem se valorizadas "apenas quando dão resultados alterados e são analisados por profissionais experientes" (ib.:153).

De posse das histórias clínica e ocupacional referidas pelo paciente, dos dados obtidos pelo exame físico e pelos exames complementares, o médico-perito estabelece seu diagnóstico "eminente clínico, comumente difícil", "que necessita de amplo domínio de anatomia e das manobras desencadeadoras de sintomas álgicos ou de reconhecimento de zonas de hipersensibilidades" (ib.:153). Além do diagnóstico diferencial, o perito deve estar atento para afastar patologias "degenerativas cervicais" que também podem cursar com quadros dolorosos semelhantes aos da LER/DORT, assim como afastar patologias que causem quadros clínicos de neuropatias periféricas, como diabetes etc.

Essa totalização diagnóstica, entretanto, deve procurar também estabelecer os limites regionais da lesão ou da alteração, como tem sido as sucessivas revisões das normas técnicas desde 1993. "[...] inicialmente precisamos saber sobre qual das patologias relacionadas e agrupadas no tema LER/DORT é que se está falando", recomenda Gonzaga. Desde a Ordem de Serviço INSS nº 606, de 5.8.98, atualmente substituída pela IN nº 98/2003, já se mencionava, dentre outras, as seguintes entidades mórbidas:

índrome do túnel do carpo, síndrome do inter-ósseo anterior, síndrome do túnel cubital, síndrome do pronador redondo, síndrome do canal de Guyon, tenossinovite de De Quervain, síndrome do supinador, epicondilite lateral, epitrocleites, tendinite distal do bíceps, tenossinovite braquiioraquial, tendinite dos extensores dos dedos, tenossinovite dos flexores dos dedos e do carpo e assim por diante (Gonzaga, 2004:158).

Em sua experiência, esse autor refere que a maioria dos pacientes chega à perícia médica, mesmo quando encaminhados por colegas médicos, acreditando-se com um diagnóstico firmado de DORT, mas sem a avaliação rigorosa que esse "fenômeno social" realmente merece:

Tenho sido instado a me manifestar quanto ao manejo prático destas situações que se resumem ao aparecimento de inúmeras consultas nos ambulatórios de pacientes/trabalhadores(as) que se queixam de "dores nos membros superiores" e invariavelmente já chegam com o diagnóstico genérico de tendinite (ib.:158).

Gonzaga considera que, nestes casos, seus colegas médicos subestimam a caracterização difícil da síndrome, que "invariavelmente não apresenta substrato anátomo-funcional nas fases iniciais, constituindo-se, na verdade, em simples processo de fadiga *músculo/tendínea* com exames complementares raramente alterados" (ib.:158). "O diagnóstico é simplesmente tendinite", mesmo quando formulado por ortopedistas, os quais, "num gesto inconsciente de negação" à "afronta à sua onipotência por uma patologia tão complexa, livram-se imediatamente do paciente atribuindo-lhe um diagnóstico ainda incompleto a causas laborais" (ib.:158).

Enfim, é necessário destacar que a especificidade do exame médico pericial também segue uma ordem numérica crescente e própria, que se inicia pela exame inicial, intitulada AX-1, ou "fase zero". As conclusões desse exame encerram a possibilidade de "negativa de reconhecimento", a conclusão do tipo 1, ou a possibilidade de "reconhecimento da incapacidade", as conclusões do tipo 2 e 4, respectivamente, afastamento do trabalho com data de retorno definida ou não, durante o presente exame. Para essa definição de incapacidade, ressalta Gonzaga, o perito deve ter em

mente que "a incapacidade laborativa é "a repercussão da doença sobre a realização de um trabalho habitual que vem sendo realizado pelo segurado. A existência de uma doença pode ou não impedir a execução dessas atividades" (ib.:101).

A descrição dessa situação de crise previdenciária, bem como das orientações legais, clínicas e epistemológicas para o diagnóstico da LER/DORT fez-se necessária para informar elementos básicos do contexto em que se situam as narrativas de dois médicos peritos do INSS em Salvador, que apresentarei a seguir.

## Augusto

*Eu acho que um paciente com LER/DORT tem que ser visto tanto pelo médico assistente, o médico da empresa e o médico da perícia, conjuntamente. Essa é a única maneira da pessoa ter segurança do que vai concluir.*

"Eu me chamo Augusto, sou formado há trinta e cinco anos e trabalho com perícia médica na Previdência Social desde 1972". Além disso, também "sou professor de propedêutica da faculdade de medicina há muitos anos". Augusto inicia sua entrevista, assim, ressaltando que "dentro dessa perícia médica eu trabalhei muitos anos fazendo a parte de coordenação, fui chefe de grupamento, onde labutei com diversos tipos de entidades nosológicas"; ou seja, ele é um dos peritos mais experientes que o quadro da perícia médica do INSS na Bahia produziu.

Corroborando que a LER/DORT assumiu a primeira posição no *ranking* das doenças ocupacionais que ocorrem no Brasil e na Bahia há alguns anos, ele assinala que essa é uma doença "que a gente às vezes tem muita facilidade em concluir o diagnóstico" mas, reconhece que "ao mesmo tempo, tem muita dificuldade em resolver certos



problemas". Os casos são fáceis, explica, nas situações em que o paciente já vem à perícia bem estudado e avaliado pelos médicos dos setores assistenciais:

Então, [o paciente] já vem com todos esses exames triados, diagnosticado pelos médicos do SUS, dos consultórios... E isso aí é o que nós analisamos, às vezes, como eu já disse, com facilidade... Não tem dificuldades em fazer isso aí. Porque nós estamos sempre diante de cumprir uma legislação da previdência. Embora nós saibamos que muitas dessas doenças são verídicas, mas não se enquadram dentro do formato legislativo.

Nessa função de relacionar uma doença estabelecida com uma legislação previdenciária e uma instrução normativa, uma das principais dificuldades lembradas por ele é que "a Previdência não tem um caráter de evolução desses pacientes". Digo, então, que gostaria de retroceder um pouco, historicamente, e ouvi-lo falar sobre o início da LER/DORT em Salvador:

O fim dos anos 80, começo dos anos 90 foi a época, realmente, de maior confusão, em que tanto a previdência, quanto os médicos que faziam esse diagnóstico, não estavam preparados ainda para uma definição e por isso gerou muita insatisfação, tanto por parte das empresas – que nós tínhamos empresas enormes – querendo descaracterizar aquilo que nós chamamos de um “nexo” da doença com o trabalho, e o INSS teria que fazer isso que ele tanto faz, o que seria verificar o nexo técnico, fazer uma visita dentro dessas empresas que, pelo contingente médico muito baixo, não se faz...

Por outro lado, o pessoal do sindicato pressionando de uma maneira que ficou, realmente, uma insatisfação volumosa. E dos médicos assistentes, esses sim, eles estão dentro de uma formação clássica deles, mas que, infelizmente, eles desconhecem algumas legislações. E essa legislação até hoje é um conflito existente entre os médicos sindicalistas, os médicos do trabalho das empresas e os médicos da previdência... Porque isso gerou muita briga, muita confusão em todos os sentidos. A previdência poderia, realmente, fazer um seminário sobre isso, porque ainda hoje tem muitos problemas a serem resolvidos.

Peço que me dê exemplos ou detalhes desse conflito na sua prática cotidiana de perito médico, com relação ao segurado e aos colegas, e ele continua:

Eu acredito que tem alguns profissionais que quando mandam uma exposição clínica com relatórios substanciados, você dá crédito. Você dá crédito e quer ser ético e acreditar naquilo. Agora, tem outros que são muito sucintos e querem impor uma posição que você vê que não está condizente com aquela realidade. Às vezes, um paciente chega só com um quadro de dor e você não tem nada para comprovar e você fica numa situação embaraçosa, porque você não sabe, realmente, o que você está julgando.

Pergunto a seguir como funciona o treinamento interno dos peritos, se a perícia médica tem reuniões ou sessões clínicas para discussão de casos e ele responde:

Olhe, veja só... Antigamente, na previdência, a gente tinha umas reuniões para resolver os casos que nós chamávamos de "revisão analítica", em que a gente revia todos aqueles casos mais complicados... Hoje em dia, o que é que eu posso lhe dizer? Eu não sei. Não existe essa de analisar caso por caso, ou caso de amostragem, entendeu?

Ele entende que esse conflito pode reverberar na posição do perito, submetida às constantes insatisfações de segurados e de empresas, assim como aos próprios controles internos do INSS:

Eu tenho cuidado porque eu sou de uma linha antiga. De uma linha que todos os casos que chegam você analisa e documenta tudo, inclusive, sempre com os nomes dos médicos, com CREMEB, que lhe deu aquela posição. Porque se em uma outra investigação aquilo não for realidade, então o médico que se posicionou e deu aquele quadro, ele é o responsável. E hoje, nesse sentido, se quiser ver o exame pericial, eu tenho um computador e eu anoto tudo. Tanto pela linha que eu já tive de prioridade e medo... Por que a gente sabe que, periodicamente, vem a Justiça e então nós temos que manter esses exames para não correr nenhum risco de nenhum tipo de negligência, nem de imperícia...

Ressalto que me interessa saber sobre sua habilidade clínica e peço que ele me descreva como se conduz durante o exame clínico. Ele responde:

Veja só, para fazer o exame do segmento do corpo comprometido, eu utilizo a propedêutica, porque eu posso até dizer que eu sou um "propedeutista", eu sou professor de propedêutica há muitos anos e sempre ajo dessa maneira. Se eu vou examinar uma coluna, eu

primeiro inspeciono a coluna, se ela é centrada, se é desviada, se ela não é, vou examinar a musculatura para-vertebral, vou pressionar essa musculatura, vou verificar se a apófise espinhosa com a pressão digital se essa dor exacerba, se essa dor irradia, depois eu vou ver a capacidade de flexão do indivíduo, ou não, no tronco... Depois eu boto esse paciente à mesa e vou verificar pela "manobra de Lasegue", que é uma manobra comum, de acordo com o ângulo de 30, 45, 60, 90 graus, se ele tem alguma manifestação e depois eu volto a verificar a força muscular, através de duas manobras clássicas [...]

Então, nesse caso, eu vejo quando a pessoa tem comprometimento, se tem parestesia, eu vejo a marcha dela. Se ela tem uma marcha claudicante, empertigada... Às vezes, o paciente diz pra mim que não pode se abaixar, mas quando eu vou verificar na prova, a força muscular está preservada, então você vê que ele pode ter a doença, mas que ele não é incapaz.

Então, nós temos que analisar isso de acordo com a seqüela, baseada na capacidade funcional do indivíduo, o que é que ele desenvolve... Por exemplo, o executivo que tem uma hérnia discal de comprometimento mínimo, ele não é incapaz, mas um outro indivíduo com essa mesma patologia, sendo um motorista, o problema é diferente, tem um valor...

Então, diante disso, hoje os médicos já mandam pra gente os relatórios, os padrões imagéticos da tomografia, da ressonância magnética, onde a gente vê isso e com isso nós julgamos o comprometimento desse indivíduo de acordo com a função que ele exerce.

Pergunto se ele sente dificuldades em examinar o segurado, quando ele vai à perícia e esclareço para ele que, em minha opinião, o paciente fecha-se ou não se abre completamente para o exame físico do perito, pelo menos do mesmo modo que ele se abre para o médico assistente. Ele concorda:

Muito bem. Isso ocorre com freqüência. Às vezes, ele tem uma história rica e quando nós vamos, de acordo com aquela sintomatologia que ele desenvolveu, que ele lhe apresentou, quando você vai investigar aquilo, você vai examinar, o resultado do exame não condiz. É como eu sempre digo: quem orienta o exame físico é a história. E, às vezes, a gente vê muita diferença em pacientes que se recusa que você faça qualquer procedimento propedêutico nele. Isso daí fica difícil...

Você tocou nele e ele diz que está doendo. Aí o que é que eu digo? Eu digo: então, nesse caso, você não pode ser examinado hoje. Por que eu tenho que lhe examinar, mas se o senhor não me permitir, a gente marca outro dia.

Inquiro sobre a simulação, se é algo comum em sua experiência profissional, e ele responde:

Muito pouco, muito poucos casos. E você sabe, nesse tempo de experiência, você vê aquele que está querendo simular. Embora ele tenha um problema sim, mas ele simula. Por que a previdência dá o benefício não é por doença, é por incapacidade. Então, isso aí é que vai servir pra fazer o julgamento.

Eu gostaria de sugerir que, em muitas situações, seria conveniente que um médico assistente participasse do exame pericial. Ou então que ele soubesse da legislação do Instituto pra poder ele mesmo passar isso para o paciente... Porque, às vezes, ele passa o que não é uma realidade. Isso, às vezes, cria um conflito.

A anamnese ocupacional, ressalto, e a história clínica são fundamentais ao diagnóstico da LER/DORT e pergunto como ele dá credibilidade aos relatos dos segurados. Ele responde:

Em muitas situações, nós procuramos saber da empresa qual o desenvolvimento do funcionário na sua profissão, o que aquele indivíduo faz dentro do seu horário de trabalho. Então, realmente, eu quero saber realmente o que é que ele faz. Isso é uma obrigação que nós temos. Em muitos casos a gente não faz, em outros casos, realmente, nós chamamos a atenção. E muitos vão, muitos não vão. E eu voto que existem muitas falhas nos médicos do trabalho, os médicos da empresa.

Neste ponto, questiono: da empresa como? Ele confirma e prossegue:

Da empresa. Eu concordo que, muitas vezes, o médico do trabalho diz que o paciente apresentou isso, que ele está vendo isso... E quando você começa a apertar, esses dados não são reais. Isso é uma coisa que estou dizendo sem nenhum comprometimento antiético... Então, em certas situações – e isso me deixa até um pouco chateado – porque eles não são fidedignos dentro do que estão fazendo. Eles puxam um pouco para a empresa.

Insisto no ponto que se refere à confiança do médico perito na veracidade da história clínica e da sintomatologia descritas pelo segurado e ele afirma:

Primeiro, nós temos um questionamento do que o paciente está referindo que sente. Primeiro, a coisa do tempo... Há quanto tempo ele iniciou isso? O que nós chamamos de data do início da doença. Então ele vai fazer essa descrição e nós fazemos uma seqüência, do início, a exacerbação, o que foi que aconteceu com ele etc. Então, nessa seqüência, nessa cronologia do aparecimento do quadro clínico, a gente faz essa análise da dor, a dor crônica, então a gente vê até que ponto ela está mais contundente, ou menos contundente. Então, o perito tem conhecimento de como ele vai correlacionar essa dor com a função dele...

Inquiro também sobre as relações do perito com os colegas especialistas de clínicas e consultórios (ortopedista, reumatologista, neurologista, etc), privados ou do SUS, e refiro que os médicos de empresas queixam-se deles e dos peritos. Ele responde:

Existe isso. Eu também observo que médicos dos consultórios, os médicos assistentes, eles não querem chegar para o paciente deles, que é o segurado, que é o trabalhador e formular a verdade, dar alta e dizer: "Olha, você tem condição de trabalho, você está ótimo...". Isso é muito raro! Então o que é que eles preferem? Sempre dizer que o paciente está pior... Isso cria um conflito com o médico do trabalho. Cria um conflito com o médico perito. Isso é praticamente uma constante. Agora, uma outra coisa que gera uma insatisfação para o médico perito que está fazendo um julgamento com relação a um segurado, é que o médico assistente, quando ele dá um parecer, ele quer dar uma conclusão pericial que não cabe a ele dar...

Aproveito essa correlação e peço que ele retome o ponto da avaliação da incapacidade do segurado pelo médico perito e considero que, em minha opinião, essa definição é muito subjetiva:

Olha, eu concordo com você. Porque quando se diz: "a previdência dá benefício pela incapacidade", aí que entra o binômio seqüela e função. Aí é que nós vamos julgar. E, muitas das vezes, você tem que ouvir aquela legislação que você sabe que ela é errada, a previdência sabe que é errada e por isso que ela permite o chamado exame de recuperação, o PRA, o "pedido de revisão pericial"... Então, isso aí é permitido e eu sou um dos primeiros a dizer ao segurado: "Olha, se você sair daqui e piorar, você tem todo o direito de fazer uma

reabertura de imediato. Como você tem todo direito de questionar. A previdência corrige se o resultado for injusto!". Porque, se isso é permitido, é porque tem falha.

Insisto que quero saber de sua experiência enquanto perito, quais são os elementos considerados por ele na avaliação de uma incapacidade.

Bem, se é uma dor crônica, uma dor segmentar, de determinado segmento, então você vai verificar, dentro daquele local... Você tem algumas manobras que você desenvolve e você sabe se essa dor se exacerba ou se atenua. Então, quando realmente você confirma que o paciente tem dor, você tem que acreditar nele. Porque a dor é puramente subjetiva e você não pode dizer que ela não está presente. É isso aí que é o problema. Você tem que acreditar no doente.

Olha, outra coisa interessante é que quando o sujeito está com dor, realmente, que você toca no lugar doloroso ele se expressa pelo fascies... Ele não diz está doendo, você vê a face dele, o fascies doloroso. Então, isso aí a gente tem que valorizar... Isso está escrito no texto de propedêutica. Se você está com uma dor, quando eu toco, vejo que sua face muda completamente. A sua mímica facial é permitida, ela lhe mostra.

Retorno ao tema do conflito para lhe perguntar como se comporta frente ao segurado, o qual possui seu médico assistente que lhe submete a exames e lhe dá um relatório dizendo que seu diagnóstico é LER/DORT, mas o médico da empresa diz que não é, e ele, como perito, deve definir essa situação:

Aí que está o problema. Primeiro, ele fez os exames e esses exames são comprovados... Então você sabe que aquele quadro existe. O médico do trabalho tenta quebrar essa impressão... O que é que nós fazemos? Como eu já fiz, inclusive, com o médico da empresa C e de algumas outras empresas, eu chamo o médico aqui...

Eu me lembro bem de um caso clássico de uma gerente de banco em que o médico dizia tudo que ela tinha e o médico do trabalho dizia ao contrário, entendeu? O que é que eu fiz? Eu chamei os dois, mas só que o médico do trabalho não veio. Então eu sei que eles são realmente tendenciosos a cumprir a determinação da empresa. Nesse caso, o que é que eu penso? Realmente, tem um problema, você sabe que tem um problema...

Agora, o médico da empresa... Como acontece muito, você faz uma perícia, ele não tem CAT, mas pela história você pode caracterizar onexo. Você caracterizou o nexo de acordo com o que ele desenvolve no trabalho. Então a empresa quer mandar descaracterizar... Mas ela não descaracteriza não. E a gente prova que não.

Pergunto se é freqüente às empresas solicitarem essa descaracterização e ele responde que "algumas empresas maiores... as grandes" questionam cada vez mais as decisões da perícia médica em estabelecer "nexo técnico" positivo com o trabalho para os casos de LER/DORT. Comento que considero muito importante a experiência do perito para a definição da incapacidade do paciente diagnosticado com LER/DORT e peço sua opinião:

O mais importante é eu saber o quê eu estou buscando. Eu sei que muitos médicos peritos novos ainda não adquiriram isso. Isso deve ser uma coisa quase que independente, de pessoa para pessoa. É por isso que eu sempre digo e provo quando você quiser, porque eu ajo consubstanciado naquilo que eu examino. Então, eu tento fechar o que o paciente disse com o exame físico.

Para finalizar, peço que me diga em sua concepção sobre o fenômeno da LER/DORT ou comente algum aspecto do tema que não abordamos durante a entrevista e ele responde:

Olha, eu acho que, na maneira que eu expus isso, um paciente com LER/DORT tem que ser visto tanto pelo médico assistente, o médico da empresa e o médico da perícia, conjuntamente. Essa é a única maneira da pessoa ter segurança do que vai concluir. O médico assistente fica à distância, o médico do trabalho à distância e chega para o médico perito determinar aquilo, para definir a situação. Muitas vezes você define correto e muitas vezes você define mal. Em cima de tudo isso, a pessoa malvista é o perito. Desde que quando eu entrei na perícia ninguém nunca me disse: "Seja contra o segurado". Eu nunca ouvi disso e nem eu aceitaria. Agora tem muitas pessoas que você vê, realmente, que não têm...

## Pedro

*Toda a situação do paciente com LER/DORT  
trama contra sua melhora*

"Eu me formei pela Universidade Federal da Bahia no início da década de 1980, fiz dois anos em residência em clínica médica e não quis optar por nenhuma especialidade. Eu fiz em clínica geral mesmo...". Pedro inicia sua história afirmando uma grande vocação clínica e apresenta sua história profissional vinculada principalmente a órgãos públicos: "logo depois que conclui a residência fiz concurso pra médico-perito do INSS". "Em 1989, teve o concurso do Estado e eu entrei também; mas depois de seis anos pedi demissão e ingressei no D, que também é um órgão público e onde atuo como clínico". Refletindo sobre suas expectativas profissionais durante esse período, afirma:

Quando eu me formei, que eu fiz residência, eu achava que sabia muito, eu achava que tinha muita ciência, eu era muito estudioso... Mas fui me dando conta da minha insatisfação dentro da minha prática médica, os próprios resultados, vamos dizer assim, eu não percebia... Eu achava que eu tinha que melhorar as pessoas... Eu comecei a sentir uma insatisfação e comecei a buscar alguma coisa que me desse respostas.

No final da década de 1980 essa insatisfação encontra um foro de discussão, "um curso de medicina psicossomática, era um grupo pequeno, um curso dado anualmente". Essa nova forma de perceber a sua posição de médico frente ao paciente e à doença despertou seu interesse: "eu continuei com eles, fiquei durante vários anos fazendo medicina psicossomática; me interessei muito e comecei a estudar Freud e Groddecke, um médico psicanalista que foi aluno de Freud e que é um autor que eu também considero fantástico". Aprendeu uma nova forma de sentir a relação médico-paciente, que agora lhe traz gratificações que não podia imaginar no início da carreira:



E isso me ajudou muito, eu acho que me trouxe respostas e me deu mais satisfação no meu trabalho. A verdade é essa. Então, hoje, eu acho que eu mudei muito, mudei radicalmente a minha forma de atuar como médico desde que saí da escola...

A formação médica da escola é muito organicista, ela cria muita vaidade no médico. Eu ouvi uma coisa muito interessante, logo no primeiro ano do curso: "Olha, o médico que vem pro Instituto, ele tem que se despojar das vaidades". Você tem que ser humilde para reconhecer, para entender a pessoa e reconhecer que você não tem esse poder de curar como você quer...

A própria sociedade estimula essa onipotência médica... O médico tem muito disso, dessa vaidade que eu achei que eu tinha na época, e tinha mesmo. E hoje eu tenho humildade suficiente para saber que meu papel é tentar ajudar o paciente, mas que o processo é dele. É ele quem vai, no final das contas... "É o médico que vai curar, que tem esse poder", eu não acredito muito nisso não.

Peço que falemos sobre a LER/DORT, sobre os primeiros casos da doença, que coincide justamente com seu ingresso na perícia médica do INSS e ele responde:

Olha, o que eu me lembro é que começou a aparecer aquela coisa da LER e tal... E o que eu me lembro, o que me chama atenção hoje em relação aquele período, é que eu tinha uma atitude muito, uma postura muito, vamos dizer assim, paternalista com o segurado. Hoje, eu acho que seria paternalista... Mas assim, muito de defender e proteger o segurado na situação de doença dele, pelo risco de agravamento que eu achava, que eu julgava ver nas questões, que existem mesmo, nas questões do trabalho dele.

Observo os relatos de que nessa época foi quando se viu os casos mais graves de LER, as deformações, as seqüelas de cirurgias etc. Ele comenta:

É verdade. Inclusive, eu aposentei muito paciente com LER, aposentei muito... Não é que eu não aposente hoje não, mas hoje é muito menos... O fato é que eu achava que esses pacientes tinham que ser mantidos afastados do trabalho como forma de prevenir seus sintomas. É uma doença que ataca de forma crônica, a gente sabe disso, dor crônica, um sentimento de grande incapacidade e que o próprio segurado associa com um risco, um agravamento no trabalho...

Então eu afastei muito paciente e eu fui até, o pessoal dizia, eu fui considerado um dos peritos que mais concedia benefícios. Por achar que eu devia mesmo, minha consciência me dizia isso. Mas o que é que mudou? Eu estou fazendo um paralelo entre aquele período e agora. O que mudou hoje...

Hoje, eu acho que a minha formação em psicanálise tem me ajudado muito e a minha própria experiência. Da minha experiência adquirida com meu trabalho como médico-perito. O que é que eu passei a observar? Que esses pacientes que recebiam benefício não se beneficiavam com o afastamento. Eles não obtinham melhora, e, em muitos casos, havia até um agravamento progressivo.

Claro que, em se tratando de perícia, a gente lida com uma questão também que se chama simulação. Que é um elemento que existe, só que eu acho que o fenômeno da LER, no caso para o perito, tem sido muito mal interpretado. Muitos peritos interpretam como simulação o fato do doente referir dor e ele não encontrar, muitas vezes, achados de exames físicos e de exame complementar.

O olhar duplamente clínico de Pedro aprendeu ao longo dos anos a ver outras faces do fenômeno de adoecimento pelo trabalho. O olhar, a conduta e ele próprio mudaram nesse período. Falo sobre a conjuntura do desemprego e as estratégias dos doentes que se afastam do trabalho, que muitas vezes não têm tratamento e nem acompanhamento médico, com tempo livre inclusive para desenvolver outras atividades ocupacionais informais, que às vezes podem agravar o quadro sintomatológico... Em outras palavras, observo que há uma série de situações ainda mal estudadas e, muitas vezes, isto leva a que a atitude do paciente apareça como simulação. Pedro responde:

A simulação existe, mas eu acho que é uma minoria. Na minha experiência, hoje, é uma grande minoria. A maioria realmente sofre, a maioria realmente está vivendo um sofrimento grande, um sofrimento de incapacidade grande... Agora, o que é que eu acho que mudou hoje? A minha percepção é que a gente não vai conseguir resolver essa situação, simplesmente, mantendo esses indivíduos afastados por longo prazo. Eu acho que há outras questões a serem corrigidas aí... Que é a questão do ambiente do trabalho, todo esse "fator ergonomia".

Como no ideal clínico, Pedro crê no doente, seu sofrimento é real para ele e por empatia compreende seu mundo e entende seu sofrimento, inclusive certas relações com o mundo do trabalho:

Na minha opinião, existe uma questão que é o afastamento do trabalho, em que há vários fatores... Muitas vezes o doente não gosta do trabalho, é um trabalho estressante, ruim. Segundo, às vezes, a empresa, uma vez que o indivíduo se afasta, ela não tem mais tolerância e nem interesse no seu retorno. Terceiro, o risco de ficar desempregado, o mercado do trabalho cada vez mais fechado...

Cada vez mais, a experiência de perito lhe mostra que o afastamento do trabalho não melhora o paciente, que se envolve num itinerário terapêutico cheio de falhas, que provavelmente o conduzirão ao fracasso, "por causa de vários fatores: o tratamento é inadequado, eu concordo completamente, o tratamento é muito ruim nas clínicas, eu acho que a visão do tratamento é ruim". Tudo isso afeta a pessoa do paciente, considera ele:

E as condições todas em torno do doente, eu acho que são muito favoráveis a que ele não se sinta motivado para voltar. Porque eu acho que tudo na vida tem que haver motivação. Se ele tem risco de ser demitido, se ele tem receio de voltar e piorar a doença dele, se ele não tem interesse em voltar já que a empresa não aceita mais ele... Então, resta a ele fazer o quê? Continuar naquela situação como a única forma que ele encontra. Não é que ele queira continuar doente pra se manter naquela situação, mas ele passa a precisar. Isso é uma leitura minha, pessoal, que eu acho...

Eu acho que qualquer que seja o paciente com lombalgia, com doença mental, com doença cardiovascular, todos eles, na minha opinião, uma vez afastados, mantendo-se por um tempo que vai se prolongando, esses pacientes passam a ter o quadro mantido, muitas vezes de agravamento e toda vez que eles voltam, eles informam: "Não melhorei, estou pior". E eu acredito plenamente...

Agora, eu acho que essa situação está se agravando cada vez mais. E, interessante, é como, além disso, eles pioram muito na véspera da perícia. Pioram mesmo. E não é invenção, simulação, não. Então, com essa leitura que eu comecei a fazer, eu comecei a perceber e comecei a perguntar o que é que eu estou fazendo aqui? Eu estou

simplesmente vendo essa situação mas, como médico, eu tenho que atuar de alguma forma.

Então, eu passei a agir mostrando a essas pessoas que elas se manterem afastadas, indefinidamente, não resolveria o problema. Pelo contrário, apenas protegeria essas pessoas de uma situação que era a volta à empresa, da ameaça de demissão. Eu tenho pegado casos que eu percebo que a pessoa tem condição de trabalho e eu digo: "olha, eu me sinto na obrigação de lhe dar alta como médico para não estimular, ou me sentir até conivente com uma situação que poderá se agravar".

Quando o questiono sobre como os doentes reagem a essas atitudes suas, responde que "claro que o doente nem sempre vai aceitar essa colocação". Eles afirmam que "não querem ficar doentes". E eu respondo: não é que você queria, mas você precisa... É diferente: você não quer, mas precisa continuar doente para se manter. Se você chegar aqui bom, eu vou ter que lhe dar alta e a alta implica uma situação difícil para você". Exemplifica:

Outro dia eu atendi uma paciente que tinha LER/DORT e eu disse a ela: olhe, você esta bem, bem entre aspas, você tem alguma dor, mas eu acho que será melhor você voltar para a empresa do que você ficar nessa situação. A volta à empresa poderá implicar em ser demitida, não sei, mas tenho a convicção de que será melhor você enfrentar essa situação agora, do que você deixar isso rolar para mais adiante.

Então, o que eu fazia antes, que era manter essas pessoas afastadas, hoje, eu tento fazer diferente... É claro que nem sempre é possível. Se o doente se mantém incapacitado, se o paciente mantém-se com muitos sintomas, muita dor, ele estará, obviamente, sem condições de voltar ao trabalho.

Mas, hoje, para mim, a leitura é diferente. Eu tenho que atuar como médico e tenho que verificar que, para conceder o benefício, inicialmente eu tenho que pensar duas vezes, porque, entre conceder ou não conceder, eu posso lesar o cliente. Tanto em negar um benefício que ele precisaria, realmente, por estar doente, incapacitado mas, também, o inverso, eu posso estar concedendo o benefício que seria desnecessário em termos de incapacidade.

De fato, ele reconhece, o doente se sente incapaz, "mas essa incapacidade não é, na verdade, uma incapacidade verdadeira, digamos assim, no sentido de que ela é

situacional", argumenta. "Ela é fruto de uma situação que gera sofrimento nele e que o faz adoecer mesmo". Provocado pelas questões que a doença e o mundo do trabalho trazem para seus pacientes, ele procura ajuda de outras modalidades de conhecimento, tentando entender mais e melhor o fenômeno e, assim, talvez poder julgar melhor a incapacidade e a concessão de benefícios aos segurados:

Eu estudei também sobre a "psicopatologia da recessão", mostrando que o desemprego prolongado associa-se à doença, ao "benefício de duração prolongada"... Por que o benefício de duração prolongada, na minha concepção, hoje, ele é um desemprego funcional. Eu me prendi muito nisso... Uma pessoa empregada, um paciente com LER/DORT, um bancário, uma operadora de tele-atendimento que se afasta e que leva um período acima de um ano afastada, ela começa a criar uma situação nova. O vínculo com a empresa muda, as relações com a empresa mudam, a perícia muda, ela passa a ter, realmente, uma "acomodação" entre aspas, embora não seja uma coisa de má fé.

Ele constata, através de sua prática, como esses novos hábitos são estruturantes na vida da pessoa doente, como é difícil para as pessoas conseguirem desarraigá-los e retomarem suas vidas no antigo contexto. As seqüências que o olhar médico guarda, através das sucessivas experiências profissionais, estão, por sua vez, estruturadas em moldes bem mais amplos do que a perspectiva clínica propriamente dita:

E evolui muito parecido com as fases que Balint<sup>44</sup> enumera. A pessoa em desemprego prolongado entra progressivamente em várias fases, como ele chama, até chegar numa fase mais avançada. E os pacientes com DORT é muito isso. DORT ou qualquer outra doença. Eu achei muito interessante porque as fases podem até não ser aquelas mesmas, mas eles evoluem de forma muito parecida. O paciente entra numa fase inicial em que ele tenta de toda forma voltar a trabalhar, mas ele não consegue. Aí entra numa fase de acomodação, até chegar numa fase de decadência.

A percepção clínica de Pedro é capaz observar plenamente a experiência da enfermidade vivida pelo paciente, as rupturas de mundo que acometem o doente,

---

<sup>44</sup> Sobre esse autor, ver capítulo IV.

principalmente decorrentes da desestruturação de dois mundos fundamentais na existência da pessoa: o trabalho e a saúde. Em decorrência, o paciente, segundo ele,

[...] entra em isolamento social, depressão e cursa com doenças outras porque, às vezes, a gente se prende muito a doenças mentais associadas ao desemprego, quando eu acho que isso, na verdade, é uma visão muito da separação do corpo e a mente que se criou. Então, dizer assim: "o doente com desemprego ele fica deprimido e adoce só a mente", não. Ele adoce o corpo todo...

Então você vai ter todo tipo de doença, na minha opinião, vai ter hipertensão arterial que ele desenvolve, o câncer que ele pode desenvolver... Eu vi muitos casos de adoecimento após perdas como desemprego, separação. E isso não é nenhuma grande novidade pra ninguém... Então, eu acho que a "síndrome do benefício de duração prolongada" é muito parecida com o que se descreve de um indivíduo que está submetida a um desemprego prolongado.

Eu acho que o paciente com DORT, principalmente, tem uma posição muito passiva... Eu pergunto: "E venha cá, você está fazendo esse tratamento há um ano e não está melhorando, será que você não tem interesse em questionar esse tratamento não?" - Ah, mas ele [o terapeuta] disse que o tratamento é esse mesmo e que minha doença é crônica."; "- Qual o tratamento que você está fazendo?"; "- Ah, faço ultra-som e infravermelho..."; "- E mais o que?"; "- Nada, ele só mandou fazer isso"; "- Não faz um alongamento? Não é possível!"; "- Ah, mas ele não mandou...".

Peço a Pedro que considere as diferenças entre a percepção clínica em geral e o que há de específico na função de médico perito. O perito, diz ele, "necessariamente tem uma atuação que é um pouco diferente de um clínico geral"... Se você vai a um clínico, se você se queixa de dor, normalmente, ele acredita". O perito, diz Pedro,

[...] queira ou não, ele vai ter que desconfiar de alguma forma... Isso aí eu acho que existe mesmo. Eu costumo dizer que eu desenvolvi como médico, talvez até mais como perito, uma capacidade de ouvir a pessoa, eu acho que eu desenvolvi um *feeling*, uma percepção de sentir quando é que uma pessoa está falando a verdade, ou quando é que aquilo está sendo apenas uma exacerbação ou até uma simulação, digamos assim. Então, é como eu estou dizendo, para mim, na maioria dos casos, a pessoa está mesmo falando a verdade. Ela está contando que está sentindo dor, que sente dor mesmo...

Questionado sobre a importância dos exames complementares na sua avaliação diagnóstica do paciente, ele responde:

Eu não me respaldo em exame complementar, embora eu considere que seja importante nesse caso, mas eu considero que o exame complementar, muitas vezes, ele é extremamente mal interpretado, mal utilizado pelo médico e também pelo próprio paciente.

Porque o médico com essa formação organicista, ele vai em busca de algo que seja encontrado nos exames, que justifique os sintomas. Então é aquele modelo que a gente descreveu... O paciente refere o sintoma, diz: "Olha, eu sinto isso. Qual é o meu problema?". O médico examina, pede os exames e diz: "Olha, você tem isso".

Então o doente diz: "Poxa, eu tenho esse problema? Então está explicado". Então entra outra questão, que eu acho interessante também, é que o médico, na medida que ele se vê ferido na sua onipotência, que o doente com LER é dito que é um doente crônico, que é uma doença que evolui com surtos, com idas e vindas... Então, o médico diz a ele, na medida que ele não melhora: "– Olha, o problema é que sua doença é crônica, incurável".

Ou seja, o médico está querendo se justificar achando que é um insucesso dele, mas que eu não acho que seja um insucesso, o fato do doente não melhorar... É aquilo que eu falei: a onipotência do médico... Não é o médico que vai curar a pessoa, no final das contas. Eu vejo muito isso, do segurador dizer: "Mas o médico me disse que minha doença, a LER, ela é incurável e ela é crônica..."

Eu digo, pensando comigo: O médico se sentiu ferido na medida em que o paciente volta pra ele e não melhora, volta e não melhora... A única solução que ele tem é dizer você não melhora porque sua doença é crônica... Ele não consegue admitir que ele, naquele momento, não tem capacidade suficiente para entender o sofrimento da pessoa.

A experiência da enfermidade organiza-se em torno desse discurso médico, dessa lesão, vista como um sinal de uma doença, mas que ao mesmo tempo está dissociada da vida do doente:

Então o paciente se organiza em torno disso... A interpretação do exame pelo médico está sendo errada, ele está utilizando apenas uma forma de encontrar algo, já que ele não tem capacidade de entender que, muitas vezes, aquela dor é uma expressão do indivíduo, uma

expressão de uma dificuldade de lidar com as questões que ele está enfrentando, os conflitos que ele está tendo na vida dele, o estado depressivo, às vezes, uma dor crônica e ele ajudaria bem mais ao paciente se resolvesse conversar e ouvir a pessoa e não... E o que é pior: ele desvia a atenção – que seria para uma situação da personalidade desse indivíduo – ele desvia para um exame lá que vai encontrar outra coisa que não tem a ver com o problema ali. Então eu acho que ele está prestando, na verdade, um desserviço aos pacientes. Está induzindo uma doença aonde não existe, especialmente, na pessoa que está em benefício ou que precisa de benefício...

É conforme essa interpretação que o paciente com diagnóstico de LER/DORT vai à perícia levando "um monte de exames" – provo. Ele concorda e exemplifica:

Ele chega e bota aqueles envelopes grandes na mesa, com a ressonância, a eletroneuromiografia, a ultra-sonografia... Ele já vem respaldado... Eu acho até que não é que ele duvide da doença dele não, ou que ele ache que o médico vá duvidar da doença. Ele já traz bastante coisa para que não deixe dúvida que, realmente, ele tem o problema.

Eu já faço exatamente o contrário. Aliás, eu até tenho me policiado pelo seguinte: porque algumas pessoas já disseram: "Doutor, o senhor não olhou o meu exame". E eu digo a ele que não preciso olhar, porque eu já sei o que é que vai dar... Mas, de certo modo, eu acho que eu tenho a obrigação de olhar, porque o cliente não tem a obrigação de saber isso da minha percepção... Eu não olhando o exame, realmente, dá a impressão que eu estou subestimando ou desconsiderando. Mas eu acho que, na prática, o paciente com DORT, por exemplo, o exame complementar ajuda muito pouco, muito pouco...

Teço algumas considerações sobre a importância da história clínica e ocupacional para o diagnóstico de LER/DORT e ele concorda:

O mais positivo é a informação dele, a história dele. Ele traz a história dele, para mim é o que ele está pondo ali. Muitas vezes eu digo: "Olha, você pode estar com o exame normal, mas se você tem dor, eu acredito na dor. Não precisa você ter um exame alterado para eu acreditar na sua dor". Agora eu também tenho o direito de achar que esse exame não tem a ver, necessariamente, com o sofrimento que você tem.



Pedro entende que a missão do médico é ajudar o paciente a administrar essa dor crônica, inclusive para poder trabalhar, para que os males do ócio e do afastamento não tomem conta de sua existência. Em suas palavras, a tarefa do médico nessa situação em frente ao segurado é:

Tentar ajudá-lo a perceber que, embora ele tenha dor, não justifica que ele tenha que ficar, necessariamente, incapacitado ou afastado... Isso é que eu discordo hoje, na maioria dos casos, eu acho que o afastamento termina sendo muitas vezes maléfico mesmo.

Peço que ele me descreva como perceber a incapacidade do paciente para o trabalho, quais os recursos ou ferramentas do exame clínico que se utiliza e ele reflete:

É, difícil... A sintomatologia que ele refere, a forma como ele refere. Eu procuro deixar que ele fale bastante até nas questões ligadas às atividades da vida diária, da vida doméstica que, embora não necessariamente tenham a ver com o trabalho dele... Você pode dizer assim: "bom, pra faxineiro em casa, realmente ele não dá, mas para o trabalho talvez dê". Nem sempre você pode definir, mas dá uma idéia do grau de limitação que essa pessoa tem...

Eu tenho ouvido muito os segurados, converso com eles e tal... Eu acho que eu tenho que conversar mesmo porque não dá para fazer uma avaliação, simplesmente, burocrática e perguntar: "Está sentindo o quê? Me dá seus exames, para eu olhar". Eu examino, ouço, converso, tento explicar e tento dizer aquilo que eu acho a respeito.

Eu procuro muito ver a pessoa... Queira ou não, a gente tem uma função meio de detetive, não é?... Desde a maneira como a pessoa está lá fora, ela vai entrando na sala, eu sem querer já estou olhando, já estou percebendo certas posturas, certos movimentos, às vezes, noto que ela poupa o braço de fazer alguma atividade, mantém o braço ali... A forma como ele levanta-se da cadeira, eu já estou percebendo. É uma função que eu tenho que fazer, é minha obrigação...

Da minha forma, eu examino a pessoa, peço para a pessoa, em geral, tirar a blusa quando for necessário [...] Faço os exames, a avaliação do exame físico... Procuro fazer dentro daquilo que é possível e... Muitas vezes os achados nos exames físicos não são muito grandes... muitas vezes, os sintomas são muito mais preponderantes...

Com relação ao trabalho, considera que "a incapacidade é muitas vezes parcial", geralmente ela é "situacional" como ele define: "A pessoa até teria capacidade de exercer a função dela, mas ela acha, realmente, que não tem". Mas essa convicção é "por força da situação, como eu falei, o retorno ao trabalho é ruim, o risco do desemprego"...

Uma coisa do imaginário da pessoa achar que, necessariamente, vai piorar no trabalho... O que nem sempre é verdade. Claro, se o trabalho for exercido de forma correta, adequada, a chance de agravar seria até menor. Mas se o indivíduo achar que se voltar vai piorar e tal... Embora seja um fato que a gente tem que considerar. Então, a incapacidade, muitas vezes, na minha opinião, não é total. Na verdade, o que a previdência fala é de uma incapacidade total, mas muitas vezes, eu acho, que é uma incapacidade situacional mesmo.

Ele sabe do risco de agravar o sofrimento e as dores do segurado durante o retorno às mesmas atividades, submetido às mesmas condições e ritmo de trabalho que lhe adoeceram, sabe que essas questões fazem parte das obrigações da empresa "corrigir os fatores que estão inadequados", no mínimo para o retorno dos acidentados, e "que o paciente não pode ficar no meio de uma situação sem saber para que lado vai". Mas ele não pode balizar sua decisão por esses parâmetros:

O que tem pesado na minha decisão de julgar incapacidade é, muitas vezes, definir se aquele afastamento será benéfico ou não para aquela pessoa. Se ele é absolutamente necessário naquele momento, ou se ele é uma questão de conveniência, não de má fé, nem de simulação, mas de conveniência... Porque muitas vezes o indivíduo fica pressionado numa situação e não resta outra saída que não seja o benefício...

E, sempre pensando na questão da minha atuação como médico, estarei sendo justo se eu conceder esse benefício? Hoje, eu já penso assim... Ou se eu não conceder, claro. Se ele está incapaz e eu não concedo, eu posso está lesando ele. Então, posso estar lesando ele também se eu conceder num momento que ele não precisaria, que ele poderia voltar à empresa e, talvez, a situação dele não se agravar como se agrava a situação de quem está recebendo benefício. Esse tem sido pra mim o ponto...

Comento que acho fundamental para o exame físico que o paciente abra seu corpo ao médico para que este possa examiná-lo. Pergunto se é comum que o segurado faça isso durante a perícia ou há dificuldades no momento do exame. Ele refere que, realmente, ouve de "muitos colegas a informação que os pacientes com LER não se deixam examinar direito, ou que cria situações de achar até que foi constrangido" durante o exame", mas, bastante convicto, arremata: "Eu não tenho essa experiência não!". Provoco afirmando que, por um outro lado, muitos colegas queixam-se de que os pacientes com LER/DORT os deixam exauridos, e ele responde:

Ah, concordo! É, queira ou não, eu noto que, normalmente, o paciente com DORT é um paciente deprimido. É um paciente irritado, ou agressivo muitas vezes. Difícil de lidar... Eu entendo a situação dele: Aquilo é uma expressão, muitas vezes, de toda aquela situação que ele está vivendo. Mas, realmente, é um desgaste maior.

Discorro rapidamente sobre a confiança dos trabalhadores nos médicos do trabalho, independentemente do caso do diagnóstico da LER/DORT, comento que parece haver uma hierarquia dos médicos em que o doente confia, provavelmente mais no médico assistente, depois talvez no médico do sindicato, terceiro no médico da fábrica... O quarto e último é o perito [risos]. Ele responde que, de fato, a falta de confiança modifica a relação entre médico paciente durante a perícia:

Eu acho que isso até, de certo modo, é compreensível não é? Dificulta porque, como você diz, ele já vem armado para o médico perito, ele já vem preparado, com receio... Ele termina supervalorizando, sem querer, mas termina supervalorizando os sintomas. Procura se munir de todos os exames que puder para estar no direito dele, demonstrar que ele está doente...

E eu tenho dito até, mais ou menos, assim... Principalmente naqueles casos que já são de retorno, que não é mais o primeiro exame e que ele bota o exame na mesa e eu digo: "Olha, você não precisa me provar mais que está doente. Eu já sei que você já está doente... Eu quero é que você me prove que pode sair dessa". Já não é nem tanto o perito, já é o "médico com formação", que eu acho que eu tenho, mostrando a ele que, na verdade, que ele tem o poder... Que ele, como pessoa, ele tem o poder e a capacidade de lesar a si próprio. "Então você não precisa me provar mais que está doente. Eu já sei...".

Por que se você quiser me provar, você me prova. Se você "quiser", não, se você "precisar" me provar que está doente a ponto de ser aposentado, você vai conseguir isso. Agora, vai conseguir a um preço alto que é o preço da sua saúde". Tenho dito com essas palavras a muitos deles...

Pergunto sobre as reações dos pacientes nessas ocasiões e ele continua:

Eles dizem: "– Ah, ninguém quer ficar doente... Eu não quero ficar doente, eu quero ficar bom". E eu: – Tudo bem que você queira, mas muitas vezes você não pode... Você quer ficar bom, mas você não pode. Por quê? A situação toda trama contra sua melhora. É a situação da sua empresa que se você voltar, vai ser demitido. É a situação de, uma vez demitido, você acha que não vai conseguir mais emprego... E eu entendo que é difícil mesmo. Quer dizer, toda a situação vai ser contrária, realmente, à melhora dele.

Pergunto como se dá sua relação com os colegas, os médicos assistentes ou de empresa, como ele se comporta perante um parecer, ou um posicionamento que vai de encontro ao seu diagnóstico, e ele responde:

Não, não entro em contato com o médico não, nunca fiz isso... Eu acho assim: o paciente tem o médico que acompanha ele... Eu muitas vezes até discordo do diagnóstico e coloco o meu diagnóstico no meu laudo. Eu não vou, necessariamente, concordar com ele... Eu sempre digo assim: o médico perito não deve ficar atrelado ao médico assistente. Por que a visão do médico assistente é uma, a do médico perito é outra.

É claro que, muitas vezes, a informação do médico assistente é preciosa, claro. Ele é um especialista naquela área clínica, eu não sou, ele acompanha o paciente há mais tempo do que eu... Ele é quem acompanha, eu não acompanho. Mas, muitas vezes para mim, a informação dele não me acrescenta muita coisa não... A visão dele é aquela de uma doença que ele encontrou através de um exame, que ele acha que justifica o diagnóstico, mas, para mim, muitas vezes, não justifica.

Neste ponto, afirmo a Pedro que estou classificando o médico perito como um médico do trabalho e pergunto-lhe se ele concorda, ou mais diretamente, se ele "se sente um médico do trabalho?". Ele responde enfaticamente: "Não, não. Não, porque o médico do trabalho tem obrigações e responsabilidades junto à empresa. Não, não

me sinto não..." Por fim, ele apresenta, espontaneamente, a distinção que percebe entre as funções de perito e de clínico, em sua experiência:

Eu acho que [como médico] eu consigo passar para essas pessoas uma coisa de verdade, claro que nem sempre eu consigo, mas eu faço questão, eu me sinto na obrigação de dizer a eles o que eu acho. Não mais como perito, mas como médico, na hora eu distingo, eu consigo até separar uma coisa da outra. Como perito eu estou julgando incapacidade, eu estou concedendo ou não um benefício, estou aposentando ou não, mas como médico – que antes de ser perito, eu sou médico – eu tenho obrigação com a integridade da pessoa.

## CAPÍTULO 8

### O médico do trabalho no Sistema Único de Saúde

Um crescimento exponencial de doenças ocupacionais, tais como pneumoconiose, benzenismo, intoxicações por mercúrio e chumbo, surdez e, principalmente, LER/DORT ocorre no Brasil a partir da segunda metade dos anos 1980. A antropóloga Diana Antonaz (2002), em um estudo que procura entender este fenômeno, observa que os "casos computados nas estatísticas anuais da previdência social não ultrapassavam, até então, a [a casa da] dezena em todo o país [e] eclodem às centenas alcançando milhares de casos", mas somente em alguns estados industrializados do país: São Paulo, Rio de Janeiro, Minas Gerais, Bahia e Rio Grande do Sul:

Considerando-se, como parece óbvio, que esse acontecimento não se deva a um aumento súbito e incontrolável do risco nos ambientes de trabalho e também que esse evento é inexplicável sob o ponto de vista epidemiológico, pode-se supor que ocorre um processo social de descoberta e denúncia da existência de patologias relacionadas ao trabalho, que se traduzem concretamente em novas cifras nas estatísticas do INSS (ib.:2)

Como, então, ocorre esse processo de descoberta e denúncia? Quais são os atores sociais envolvidos ou que o produzem? Para responder a essas e outras perguntas, ela relembra que emergem, nesse período, com o processo de democratização do país, dois novos atores sociais: o novo sindicalismo nas relações de trabalho e o sanitarismo na área de saúde pública, os quais passam a influir "no pensamento até então hegemônico do Ministério do Trabalho e da Previdência Social" (ib.:2).

Para entender essa dinâmica histórica, Antonaz nos remonta aos anos 1970, designados como "a hegemonia do preventivismo", para nos mostrar alguns elementos presentes na origem desses dois fenômenos no Brasil.

## 1. A hegemonia do preventivismo

Um espírito "preventivista" caracteriza as políticas públicas da saúde e trabalho no Brasil dos anos 1970, informa Antonaz, o qual se definia, basicamente, pela reação ao rótulo "Brasil campeão mundial de acidentes do trabalho". Aquelas políticas correspondiam a "uma estrutura especializada destinada à prevenção de acidentes do trabalho" (conforme já vimos no capítulo VI) e se sustentavam, principalmente, na Consolidação das Leis do Trabalho (existente desde 1940), em órgãos públicos como o Departamento Nacional de Segurança e Higiene no Trabalho do Ministério do Trabalho (DNSHT), em estruturas patronais ou de organizações de trabalhadores, como a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes (CIPA) etc. (ib:3). Em 1974, foi criado, além disso, o Ministério da Previdência e Assistência Social, que passa a reunir todos os órgãos previdenciários existentes e as ações de assistência à saúde dos novos segurados. Desse modo, conclui a autora:

Não existia, portanto, até então, uma verdadeira política de prevenção de acidentes do trabalho: apenas algumas ações isoladas eram empreendidas pelos fiscais do trabalho. E também, até então, nunca foram produzidas estatísticas consolidadas. É de se supor, também, que os critérios de reconhecimento de acidentes e doenças implementados pelas seguradoras variassem amplamente (ib.:3).

Quanto aos sindicatos, até essa década de 1970, encontravam-se sob a intervenção do governo militar. Após a divulgação das primeiras estatísticas nacionais de acidentes do trabalho do novo órgão previdenciário, o Governo Federal promulgou o Plano Nacional de Valorização do Trabalhador (PNVT), que inclui amplas medidas políticas e técnicas visando a educação, a segurança e a saúde no trabalho, e inclui diretamente o controle dos sindicatos:

Para a implementação do plano, o Governo Federal impõe às direções sindicais uma ação voltada exclusivamente para o assistencialismo, tendo como conseqüência a constituição de grandes máquinas burocráticas. Vultuosas importâncias são repassadas para os Sindicatos para a construção e manutenção de ambulatórios, clínicas e escolas (ib.:3).

O PNVT cria novas especialidades (em nível de pós-graduação, *latu sensu*) de "Engenheiro de Segurança do Trabalho", "Médico do Trabalho", "Enfermeiro do Trabalho", além das carreiras técnicas, de nível médio, intituladas "técnico de segurança do trabalho" e de "auxiliar de enfermagem do trabalho". Todas estas se destinavam a atuar junto às empresas e como uma mão de obra contratada diretamente por elas. A FUNDACENTRO<sup>45</sup> estruturou os cursos para a formação emergencial desses profissionais nas principais cidades do país, pois a Portaria MTE nº 3237/72 obrigava as empresas a admitirem um determinado número desses profissionais, em função da quantidade de seus empregados e do grau de risco da sua atividade econômica. O plano cria ainda a CAMPAT (Campanha Nacional de Prevenção de Acidentes no Trabalho), "que envolve a realização de uma semana de segurança nas empresas todos os anos, assim como ações do Ministério do Trabalho e da FUNDACENTRO voltadas para a Segurança" (ib.:4). Em 1976, o DNSHT é transformado na Secretaria de Segurança e Medicina do Trabalho. A publicação da portaria 3.214/78, um conjunto de 28 Normas Regulamentadoras (NRs) que tratam do controle da segurança e da saúde no trabalho e "que se destacam pela sua complexidade técnica", operacionaliza e consolida finalmente a fiscalização do Capítulo V da Consolidação das Leis do Trabalho – CLT (ib.:4). Conforme a avaliação de Antonaz, verificam-se as seguintes conseqüências dessa política, na época:

---

<sup>45</sup> Fundação criada em 1966, com o apoio da OIT, voltada para atuar em pesquisas na área de saúde e trabalho que, a partir de 1974, é vinculada definitivamente ao Ministério do Trabalho com atribuições mais ampliadas mas com a função principal de assessorá-lo nas ações preventivas de saúde ocupacional.



A implantação de uma estrutura institucional, legal e de pesquisa voltada para a prevenção de acidentes, assim como a emergência de uma nova elite técnico-burocrática, que irá exercer suas funções no Ministério do Trabalho, na FUNDACENTRO, nas indústrias, nas empresas públicas e nos grandes projetos da época (ib.:4).

Essa preponderância de ações técnicas de prevenção com ausência de doenças ocupacionais está relacionada também, segundo a autora, à representação do outro em suas relações de classes, a qual tem, "de um lado, a elite técnico-burocrática do governo, engenheiros, médicos e empresários e do outro lado os trabalhadores". É um sistema de prevenção de acidentes e doenças do trabalho que propicia oportunidades de treinamento e conhecimento apenas a uma parte desse sistema e a certos grupos de trabalhadores. Por sua vez, os sindicatos, vistos como os legítimos representantes dos trabalhadores, encontravam-se "engessados em suas atividades assistencialistas" e desse modo eram "facilmente cooptados para as tarefas de educação dos trabalhadores para atividades seguras" (ib.:5).

Além disso, outra característica do modelo era como o acidente e a doença do trabalho foram configurados a partir da "responsabilidade". A ocorrência do acidente de trabalho depende de uma disputa entre diferentes representações do mundo social, cuja separação é a responsabilidade em relação ao risco, entendido como o "evento que deu origem ao direito trabalhista, através de processos em que o *responsável* passa a ser obrigado a indenizar o risco causado". Observa-se, então, esta polaridade:

De um lado havia o aparato de saber legitimado e do outro apenas o trabalhador individual com suas representações culturais de risco e até mesmo sem sindicato que servisse de contrapartida ao discurso oficial. Desta forma, o responsável, o culpado pelo acidente só poderia ser o próprio trabalhador. Esta constatação reforçava a necessidade de educação, disciplina e "fiscalização" dos locais de trabalho (ib.:5).

Mas, paradoxalmente, embora esse PNVT tenha sido elaborado como um instrumento de controle dos trabalhadores e dos sindicatos, observa a autora,

[...] é possível que os efeitos tenham ultrapassado as intenções do plano, seja em relação ao rigor do controle – o plano havia fornecido os meios e as representações dos técnicos em relação aos trabalhadores intensificavam seus resultados – e, no sentido inverso, porque boa parte das lideranças sindicais da década de oitenta começou a se formar no espaço das CIPA's (ib.:6).

Esse modelo, entretanto, não deu visibilidade às doenças ocupacionais, pois isto implicaria em "um processo de longo prazo e que requer a aquisição de um conhecimento que permita correlacionar as manifestações do corpo com os riscos do trabalho". Além disso, para que se instaure o processo da doença é necessário também "que o trabalhador possa reconhecer em outros colegas o mesmo mal que o aflige e, finalmente, que disponha de uma palavra para nomear a sua doença" (ib.:6).

A capacitação deficiente é outra característica desses novos médicos do trabalho, o que também contribui para essa invisibilidade das doenças ocupacionais:

Esses novos médicos do trabalho formados às pressas, teriam tido contato com patologias relacionadas ao trabalho somente através de slides produzidos em sala de aula, sem ter qualquer noção de como ler uma pneumopatia profissional num Raio X. Nas empresas, a esses profissionais competia a realização exames médicos admissionais, demissionais e periódicos, assistência médica e atendimento de acidentados, enquanto que os engenheiros se ocupavam com a fiscalização dos ambientes de trabalho, elaboração de estatísticas e promoção de eventos. As tarefas de educação eram realizadas pelos dois profissionais. Para concluir, não existiam condições para que as doenças profissionais e do trabalho fossem identificadas como tais (ib.:6).

Enfim, conclui a autora, as condições objetivas para o surgimento das novas doenças ocupacionais seriam dadas principalmente pela emergência de dois novos atores sociais: o sindicalismo e o sanitarismo. O sanitarismo origina-se a partir da transformação do pensamento global preventivista e desenvolve-se "principalmente através dos Departamentos de Medicina Preventiva (DPM's) das Escolas de Medicina". Essa origem, entretanto, é fruto de novas políticas movidas

principalmente por organismos internacionais – conforme escreve Antonaz, fundamentando-se em Escorel (1998):

Na década de 1970, a OMS (Organização Mundial de Saúde) e a OPAS (Organização Pan-americana de Saúde) promoveram uma série de eventos nos quais foram discutidos os conceitos de extensão de cobertura, participação comunitária e da introdução do agente de saúde. A novidade desses programas é que eles eram de baixo custo, simplificados e contavam com a participação da comunidade... E foi exatamente nos DPMs que essas novas idéias encontraram terreno fértil entre professores e estudantes. No seu interior (principalmente na USP, IMS/UFRJ, UNICAMP e ENSP) começou a se construir uma “teoria social da saúde”. Essa nova visão teve como consequência a incorporação das ciências sociais (e de seus pesquisadores) em setores até então restritos a profissionais da medicina. A saúde passou a ser definida como algo socialmente determinado e resultante das condições de moradia, alimentação, acesso aos serviços de saúde, saneamento básico, educação, salário e condições de trabalho em geral (Antonaz, 2002:7).

A relação entre "condições de trabalho e saúde" começa a ganhar espaço no interior dos DPMs, ao mesmo tempo em que outros setores sociais, como o sindicato de trabalhadores, convergiam para a questão:

Os médicos recém-formados e que haviam sido, junto com seus professores, os artífices da nova visão, entravam como residentes nos serviços públicos de saúde e começaram a se organizar em torno de suas próprias condições de trabalho e realizaram, entre 1978 e 1980, manifestações vigorosas em torno da regulamentação de suas atividades e do estabelecimento de vínculo empregatício. Constituiu-se um movimento de renovação médica que foi substituindo as antigas diretorias de entidades, principalmente no Rio de Janeiro (Sociedade de Medicina e Cirurgia, Sindicato dos Médicos, Conselho Regional de Medicina, entre outras). Em 1978, foi realizado no SINMED-RJ o primeiro curso sobre sindicalismo aberto às demais entidades sindicais (ib.:7-8).

Vemos, então, como sanitarismo e sindicalismo se unem numa nova política para a saúde do trabalhador. Entre os principais frutos desse entrelaçamento, a autora cita a fundação do *DIESAT* (Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas da Saúde e dos Ambientes de Trabalho), em 1980, uma organização destinada a fornecer

respaldo técnico ao debate político da saúde que se instaurou naquela época, financiada pelos Sindicatos e "inspirada, quanto à sua organização e estatutos, no DIEESE" (Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Sócio-Econômicos). O novo espírito que se instaura, rompendo o mero preventivismo e resultando no sanitarismo e no novo sindicalismo, volta-se especificamente para definir relações entre saúde, doença, trabalho e previdência e recebe, agora, uma outra denominação:

É cunhada nessa oportunidade a expressão *saúde do trabalhador*, que marca uma divisão radical em relação às correntes prevencionistas (centralizadoras, normativas e positivistas) e que implica alianças entre especialistas e trabalhadores e a participação ativa dos trabalhadores nas questões referentes à saúde (ib.:8).

A influência teórica para explorar a vertente social do modelo veio de duas tendências da época. A primeira foi as obras da coleção "saúde em debate", dirigida pelo médico Davi Capistrano e editadas pela Editora Hucitec durante a década de 1980. Entre elas, a obra clássica *O Ambiente de Trabalho* (Oddone et al., 1986) que, na síntese de Antonaz (2002),

Discute a relação entre especialistas e trabalhadores enquanto uma relação de colaboração, elabora um método para a construção de um saber operário e estabelece o princípio da não delegação, segundo o qual pertencem exclusivamente aos trabalhadores as decisões a respeito de sua saúde. O método proposto por Oddone sugeria que, para determinar a nocividade dos ambientes de trabalho e seus efeitos, os trabalhadores deveriam manter uma caderneta anotando os fatores de nocividade, bem como as perturbações sentidas pelo corpo. A discussão coletiva levaria à descoberta dos efeitos do trabalho sobre o corpo (ib.:8).

Outra obra muito difundida entre especialistas e que também se tornou muito influente na saúde do trabalhador foi *Processo de Trabalho e Saúde*, da autoria dos médicos mexicanos Asa Cristina Laurell e Manoel Noriega (1989). De forte viés marxista, a pretensão dos autores é alcançar simultaneamente "a voz do trabalhador" e a lógica das estruturas que determinam o processo de trabalho, tendo sempre em

contraposição o modelo positivista biomédico. Nas palavras de Antonaz, a intenção do novo modelo da saúde do trabalhador era:

Estabelecer um método em contraposição aos até então utilizados pelos médicos e engenheiros do trabalho de filiação preventivista, em que deve ser considerada a lógica do processo de trabalho como um todo. A partir do método proposto (que também prevê a participação da experiência dos trabalhadores) é possível determinar o desgaste operário [...] (Antonaz, 2002:9).

Finalmente, ao longo da década de 1980, gestam-se os elementos que propiciaram a visibilidade das doenças ocupacionais, como a formação de uma estrutura médica voltada para os agravos ocupacionais, que se disseminava através da capilaridade do novo Sistema Único de Saúde (SUS) que se instaura e se consolida através do país:

Foi criada, também, uma sólida estrutura de apoio ao diagnóstico – anteriormente praticamente inexistente – como, por exemplo, o laboratório de toxicologia do CESTE/ Fiocruz (referência nacional), o estabelecimento de métodos e a formação especializada de leitores de Raio-X para pneumopatias ou, ainda, a avaliação neurológica especializada de trabalhadores intoxicados por metais pesados. Os programas de saúde do trabalhador (especialmente em São Paulo e Minas Gerais), unidades em postos de saúde, contribuíram de forma importante para o diagnóstico de doenças do trabalho. A partir da segunda metade da década, alguns dos formuladores da reforma sanitária e seus aliados passam a galgar posições de relevo nos Ministérios da Saúde e Previdência e nas secretarias estaduais e municipais de saúde. Além disso, um evento ocorrido em 1986 – A Oitava Conferência Nacional de Saúde – que contou com a participação de 5.000 pessoas, principalmente os profissionais de saúde ligados ao movimento sanitário, e representantes de moradores, trabalhadores e outras entidades (estando os representantes do setor privado em minoria) consagrou definitivamente o instituto da “participação” (ib.:9-10).

Enfim, emergem um novo sindicalismo voltado para a saúde e um novo sanitarismo específico para o trabalho, que confluem numa nova vertente denominada "saúde do trabalhador". O “novo sindicalismo” assume a saúde como "bandeira de luta”, os médicos do trabalho são contratados, ao lado dos advogados, e postos a serviço da luta específica de saúde da categoria de trabalhadores. Essa junção de experiências

técnica e sindical produz boletins, jornais, cria comissões de saúde nos sindicatos... institui-se, enfim, uma "entidade de saúde dos trabalhadores". Além disso, ressalta a autora, eles passam a "conhecer a empresa como um todo", identificar outros problemas além dos costumeiros aspectos econômicos e salariais que constituíram as principais reivindicações de greves durante a década de 1980. Mas, além disso, essa luta tinha ressonância em outras instâncias:

A luta pela saúde ultrapassava os interesses corporativos, permitia que os dirigentes sindicais construíssem redes importantes de relações locais, nacionais (e posteriormente internacionais). No que diz respeito aos trabalhadores, a saúde aproximava os dirigentes sindicais dos problemas concretos dos locais de trabalho e propiciava o surgimento de uma nova militância. Também, em relação às empresas, a questão de saúde do trabalhador podia representar a possibilidade de ampliação de poder sindical, uma vez que era possível expor concretamente a exploração patronal a partir dos efeitos produzidos sobre os corpos dos trabalhadores e por eles sentidos (e para isso funcionava a noção de responsabilidade). A saúde do trabalhador ganhou tal proeminência que os principais sindicatos do país introduziram em seus estatutos um departamento de saúde do trabalhador. Havia, ainda, o problema da máquina assistencial herdada do período autoritário. Em alguns casos, os ambulatórios foram integrados aos departamentos de saúde do trabalhador, com suas funções reestruturadas e com novos profissionais. Em outros casos, foram fechados ou mantidos de forma precária, parcialmente financiados pelo Sistema Único de Saúde (ib.:9-10).

Por outro lado, do ponto de vista do sanitarismo, a saúde do trabalhador emerge como uma nova dinâmica entre "o técnico em saúde e o trabalhador". Conforme Elisabeth Dias e René Mendes, da escola mineira, o ator ideal, enquanto agente comprometido com esse modelo, é o pesquisador que está sempre "estudando os ambientes e [as] condições de trabalho, levantando riscos e constatando danos para a saúde [...] resgatando e sistematizando o saber operário, vivenciando, na essência, a relação pedagógica educador-educando" (Dias e Mendes, 1991:347). Ao mesmo tempo, eles ressaltam, o modelo é um "esforço para integrar as dimensões do

individual e do coletivo, o biológico e o social, o técnico e o político, o particular e o geral." (ib.:347).

## **2. O CESAT e os CEREST na Bahia**

Na Bahia, as ações de "saúde do trabalhador" começaram em 1987, quando o médico do trabalho italiano Francisco Ripa de Meana fomentou, financiou e implementou o nascimento do CESAT – Centro de Estudos de Saúde do Trabalhador, o primeiro centro de estudos desse gênero no Nordeste. A instituição do CESAT contou com a colaboração de vários profissionais médicos, principalmente da Delegacia Regional do Trabalho, do INSS, da FUNDACENTRO e de outros profissionais que foram contratados e treinados na Itália, nos moldes do sistema de saúde pública e contando sempre com a participação dos sindicatos nas discussões das ações de um programa de atenção à saúde dos trabalhadores.

Atualmente, a "segunda edição revisada" da *Cartilha de Saúde do Trabalhador* (Bahia, 2001), publicada pelo CESAT (órgão da administração direta da Secretaria de Estado da Saúde), divulga, desde sua apresentação, esses mesmos princípios:

Os direitos à saúde e segurança no trabalho, conquistados ao longo da história do Brasil e ampliados nas últimas décadas, devem fazer parte dos conhecimentos e da observação constantes por parte da sociedade, especialmente dos trabalhadores, dos empregadores e das instâncias de governo responsáveis pela proteção à saúde e à vida dos trabalhadores (ib.:3).

A cartilha dirige-se aos trabalhadores e interessados em se informar sobre tais direitos em relação ao trabalho e à saúde, "buscando facilitar a compreensão de conceitos e da legislação básica para o acesso a serviços de atenção [...], em especial aqueles prestados pelo Sistema Único de Saúde – SUS" (ib.:3).

O CESAT tem essa missão: o órgão "foi criado em 1988 para atender necessidades de assistência e prevenção às doenças ocupacionais e aos acidentes de trabalho no âmbito do Estado" (ib.:4) reivindicadas pelos sindicatos e seu papel histórico foi representar a transformação regional da "saúde ocupacional" em "saúde do trabalhador". Nesse sentido:

Até a Constituição de 1988, a saúde dos trabalhadores era da responsabilidade do Ministério do Trabalho, que fiscalizava os ambientes de trabalho e do Ministério da Previdência e Assistência Social, que concedia benefícios e cuidava da assistência médica aos acidentados (ib:4).

Mas após o "processo de Reforma Sanitária Brasileira, ocorrida nos anos 1980, "a sociedade debateu amplamente o conceito de saúde" e reconheceu a relação de indivíduos e de "grupos sociais com o trabalho como uma questão de saúde" (ib.:4). Desde então, a "saúde dos trabalhadores" é responsabilidade do SUS, "e é nesse contexto que surge o CESAT, com o propósito de desenvolver políticas que apontem para a melhoria das condições de trabalho e do cuidado à saúde dos trabalhadores" no estado da Bahia (ib.:5). Após sua criação, "passou-se a conhecer melhor a realidade da saúde dos trabalhadores expostos a riscos de acidentes e doenças, como as intoxicações por produtos químicos, a perda auditiva, as lesões por esforços repetitivos, dentre outras" (ib:5). Hoje, salienta, o CESAT está:

Empenhado nas mudanças das condições de trabalho e saúde, tem tido expressiva participação na formulação de legislação específica, bem como tem produzido tecnologias de diagnóstico e controle de agravos e riscos ocupacionais, na perspectiva da Vigilância à Saúde. Tem ainda buscado ampliar os serviços de atenção à saúde dos trabalhadores no âmbito dos municípios, incentivando a implantação de ações de prevenção de doenças, acidentes e vigilância de ambientes de trabalho e capacitando profissionais do setor saúde para ações de Saúde do Trabalhador (ib.:5).

A política de ampliação e descentralização dessas ações produziu "unidades" ou "núcleos" de saúde do trabalhador nos principais municípios industriais da Bahia. Atualmente, denominados CEREST – Centros de Referência em Saúde do



Trabalhador, estas unidades distribuem-se nas principais cidades do Estado, como Salvador, Feira de Santana, Vitória da Conquista, Itabuna, Juazeiro, Teixeira de Freitas, Barreiras, Jequié, Santo Antonio de Jesus e Conceição do Coité (de acordo com informação que obtive junto à Coordenadoria de Vigilância de Ambiente e Processo de Trabalho – CESAT).

Além da cartilha e olhando um pouco mais de perto alguns pontos dessa história bastante sintética, o CESAT começou a funcionar inicialmente como uma "especialidade clínica", como um pequeno ambulatório de "medicina do trabalho", ainda em 1987, enquanto a primeira ação de um programa de atenção integrada aos doentes e aos suspeitos de doença ocupacional, assim como aos ambientes de trabalho, montada a partir de um convênio de 1987, assinado entre a Secretaria de Estado da Saúde, o INAMPS (Instituto de Assistência Médica da Previdência Social), a UFBA (Universidade Federal da Bahia) e a italiana AISPO (*Associazione Italiana per la Solidarietà tra i Popoli*). A implantação deste modelo teve, assim, uma forte influência do espírito da reforma sanitária italiana, tanto porque se pautava na natureza assistencial, universal, pública e descentralizada de suas ações, como porque foi liderada pela experiência do médico italiano Francisco Ripa de Meana, que contava com a colaboração de representantes dos órgãos conveniados indicados acima.

O modelo da saúde ocupacional cedeu lugar, assim, ao da saúde do trabalhador. Esta passagem integrava o conjunto de ações das novas políticas de saúde no Brasil, que se consubstanciaram no SUS. O espírito sanitarista e sindicalista que teve lugar nesse contexto, e que vigorou a partir de então, pode ser ilustrado através das narrativas de médicos do trabalho frente ao fenômeno da LER/DORT. Especificamente na Bahia, esta performance dos médicos do trabalho pode ser ilustrada com as entrevistas concedidas por três médicas que trabalham no CESAT e CEREST, que apresentarei a seguir.

## Graça

*Eu não sou médica do trabalho, eu sou sanitarista!*

Graça formou-se em medicina há vinte e cinco anos e inicia seu relato afirmando que sempre desejou ser sanitarista, desde a época da graduação. "Eu fiz meu estágio curricular de sexto ano em Medicina Social", lembra, e essa decisão continuou na pós-graduação: "Depois eu fiz residência médica numa unidade sanitária da Secretaria de Saúde do Estado, também na lógica de atenção primária à saúde e atendimento a famílias numa área geográfica definida". Graça tem, assim, sua percepção médica formada, principalmente, pelo olhar sanitarista e suas experiências clínicas também foram entremeadas a interesses específicos de grupos populacionais que identifica nas comunidades em que trabalhou:

Sempre trabalhei com unidades de saúde, com os parâmetros de atenção primária à saúde, mesmo no atendimento à clínica geral. Nessa época, nós fazíamos visita domiciliar, trabalhávamos com atendimento à comunidade e às famílias daquela área geográfica. Depois eu trabalhei em zona rural, também com atendimento a famílias e a comunidades e, principalmente, atendendo a problemas específicos de mulheres, crianças, adolescentes, mas também já identificando alguns problemas relacionados com o trabalho, porque era uma comunidade de agricultores, numa zona de pequenas e médias propriedades do interior do Estado.

Era uma época em sua vida em que não havia ainda uma preocupação específica com os agravos relacionados ao trabalho. O interesse especial pelas doenças dos trabalhadores surgiu alguns anos depois, quando foi contratada por um serviço municipal de saúde pública para desenvolver um projeto de vigilância, em um município industrial do Sul do país:

Eu comecei mesmo a focalizar mais, a passar para a área de saúde e trabalho em uma cidade do interior do Sul do Brasil, lá por volta de 1987, 1988. Foi quando nós começamos a trabalhar com os mineiros daquela região, que também tinha muitas fábricas de vestuário, de calçados, cerâmicas, então nós começamos a fazer o mapeamento dos

riscos ocupacionais. Era um mapeamento dos agravos e um mapeamento da população trabalhadora do município. Então, nós fizemos uma proposta de programa de saúde do trabalhador para o município.

A LER não aparecia entre as doenças que esse mapeamento identificava. Nessa época e nesse lugar, como na fase inicial do CESAT na Bahia, os agravos ocupacionais eram outros: "Os problemas principais do município onde nós estávamos eram perda auditiva, alguns casos de intoxicação por agrotóxicos na zona rural, pneumoconiose, silicose, porque era uma área de mineração, problemas dermatológicos, asma etc." Relata que, nessa época, após a Constituição de 1988, em que ocorria a transição com as reformas do sistema de saúde, o INAMPS transferia suas competências para o SUS. Foi então que, no início dos anos 1990, Graça veio para Salvador para cursar o mestrado em saúde pública. Pouco depois, começa a trabalhar no CEREST, em um município baiano da Região Metropolitana de Salvador. Questiono se já havia pacientes diagnosticados como LER nessa época na unidade e ela responde que se lembra perfeitamente e nos relata uma experiência:

Foi a partir de 1993 e 1994 que eu comecei a atender os primeiros casos de LER, que eram trabalhadoras de algumas empresas químico-texteis, principalmente da N, porque nós estávamos ao mesmo tempo trabalhando o início de uma tentativa de fazer vigilância em saúde. Então, a unidade de saúde do trabalhador de X passou a trabalhar em comum acordo com a equipe do CESAT, a receber os problemas de saúde ocupacional das empresas e, então, nós fizemos contato com alguns médicos do trabalho das empresas, especialmente com o médico da N. Ele foi muito receptivo, porque quando nós começamos a atender as trabalhadoras que vinham com problemas compatíveis com o quadro de LER/DORT, eu encaminhava de volta à empresa, solicitando informações sobre as atividades de trabalho, perfil profissiográfico e, em alguns casos, solicitava emissão de CAT. Foi estabelecida uma relação de referência e contra-referência. Sempre que o médico achava também que era necessário, ele encaminhava para a unidade pra gente avaliar os casos. E de outras empresas também. As trabalhadoras da N – eu lembro especificamente porque vieram várias trabalhadoras num espaço curto de tempo – e nós conseguimos identificar que estes casos eram de LER, que estavam relacionados com uma mudança do processo produtivo que a empresa tinha feito. Eles modificaram o maquinário, compraram

máquinas mais modernas no setor e o relato das trabalhadoras, praticamente unânime, dava conta disso. Eram dois setores: o de tecelagem e o setor de controle de qualidade. Então, no relato das trabalhadoras da tecelagem, elas falavam que eles tinham trocado as máquinas de tecelagem e elas passaram cada uma a supervisionar um grupo maior de máquinas, então houve uma intensificação do ritmo de trabalho... Uma mudança tecnológica e uma mudança na intensificação do trabalho. Isso deu pra observar direitinho no grupo de trabalhadoras que eu comecei a atender lá na unidade de saúde do trabalhador.

Através do relato de Graça é possível observar certas características específicas que seu ambulatório possui, como a capacidade de intermediar conexões entre o CESAT e as empresas, de definir normas e procedimentos técnicos e administrativos na assistência aos doentes, assim como observar o caráter de sua performance do ponto de vista do instrumental epidemiológico, ergonômico e da "saúde coletiva". Aos poucos, a demanda começa a ampliar-se com a introdução de outros grupos profissionais a partir de 1994. Graça descreve:

Era essa mistura: trabalhadores vindos do pólo industrial e também trabalhadores vindos de bancos, principalmente; e lembro de algumas trabalhadoras também do ramo de cozinha industrial. Cozinhas, restaurantes, principalmente empresas que forneciam alimentação para outras empresas, um trabalho de produzir muitas refeições, de cortar muito pão, queijo, frutas...

Ela observa que o fato de abranger múltiplas categorias profissionais, obviamente com exigências distintas de posturas e movimentos corporais do trabalhador, possibilita o aparecimento de formas clínicas variadas de adoecimento. Algumas experiências começam, então, a se sedimentarem e ela começa a observar padrões que se repetem entre categorias profissionais e certas queixas e lesões:

Na realidade, com os bancários e o pessoal de cozinhas, eram mais casos de tenossinovite que pegavam mais as porções do braço: mão, punho e antebraço... Nas empresas têxteis, como na NC, já pegava trabalhadoras com lesões de ombro, algumas de coluna também, porque elas tinham que trabalhar muito tempo encurvadas, com a coluna encurvada.

Graça lembra como dificuldades enfrentadas na época a diversidade de postos de trabalho e a demanda que chegava ao ambulatório, que lhe traziam dificuldades para a caracterização da doença do ponto de vista da relação com a ocupação. Era difícil obter informações sobre as situações de risco no trabalho em muitos locais, que não lhe ofereciam as mesmas facilidades que tivera com o ramo têxtil. Por exemplo: "os bancários e o sistema de alimentação industrial não tinham interlocução nenhuma com as empresas". Essas dificuldades ocorriam também com os médicos da perícia médica do INSS, acrescenta ela, tanto os do quadro próprio quanto os contratados pela rede particular credenciada. Nesse ponto, Graça concorda comigo quando afirmo que a Norma INSS/93 foi uma espécie de farol que ajudou a nortear esse conflito clínico:

A dificuldade era muito grande! Primeiro, porque nós não tínhamos ainda esses quadros de sintomatologia mais arrumados, mais definidos, mais organizados, sistematizados, não é? Isso só foi acontecer depois dessa primeira norma do INSS e que depois avançou muito mais... Segundo, que, na maior parte dos casos, não se conseguia nem que a empresa assumisse [o caso] e emitisse a CAT. Esses casos eram quase todos encaminhados para a Previdência Social como benefício previdenciários, como se fosse doença comum. As empresas negavam o nexó. Era muito alegado pelos médicos nessa época, que isso era doença crônico-degenerativa. Então, aquela noção de crônico-degenerativa que não contemplava o desgaste e as sobrecargas das atividades de trabalho, e nós tínhamos uma dificuldade muito grande em relação ao conhecimento, na época, também, por parte dos ortopedistas e dos reumatologistas. Levou, eu acho que dá pra dizer que levou praticamente uns cinco ou seis anos até que a gente começasse a ter os primeiros relatórios de ortopedistas. Muitos reumatologistas, eu acho que ainda hoje...

Graça também crê que a institucionalização da LER mudou a percepção clínica sobre dores crônicas em membros superiores, o que conduziu a uma mudança de condutas para a reorientação da clínica da medicina do trabalho e das especialidades clínicas afins.

De modo espontâneo, ela conta que o CESAT participou da sistematização desse conhecimento acumulado (p. ex., com a modificação na Norma INSS/98), assim como assumiu ações de vanguarda “nas questões de LER/DORT relacionadas à assistência médica, à previdência, ao trabalho etc.” Indagada sobre sua participação nesse processo, Graça responde:

Em 1998, eu já estava no CESAT, mas não estava mais fazendo clínica, eu estava na direção e a gente, a equipe do CESAT, trabalhou nessas regulamentações... Eu participava das discussões, tinha todo um programa específico voltado ao treinamento e à capacitação de municípios. O pessoal escreveu a Norma..., o capítulo do manual de vigilância. O Manual de Normas e Procedimentos Técnicos para Vigilância da Saúde do Trabalhador, do CESAT, que tinha saído uma primeira edição em 1996, a gente atualizou em 1999 para 2000, mas na realidade ele só foi publicado em 2002. Mas a gente atualizou o capítulo de LER/DORT deste manual, ele foi muito aumentado, melhorado, ampliado com toda a discussão de pós-98, depois da segunda norma do INSS. Aí veio essa discussão toda de começar a chamar as LER de Dort...

O otimismo de Graça em relação à possibilidade de alcançar seus objetivos é intenso: ela vê os entraves e os avanços ou conquistas que enumera, em termos do diagnóstico, dos desdobramentos dessas dificuldades clínicas, os avanços entre a Norma de INSS/93 e a INSS/98, assim como a resistência de certos médicos do trabalho de empresas e de certos especialistas em reconhecer a LER/DORT, como parte do mesmo movimento de institucionalização das ações do SUS e do sanitarismo:

Olha, eu acho que na realidade foi uma história de altos e baixos. Certamente que, de uma forma geral, eu acho que teve em todos os setores, tanto nos serviços médicos de empresa, quanto nos serviços médicos especializados de ortopedistas, neurologistas, reumatologistas, da rede pública e conveniada do SUS, até da rede particular – houve um aumento de conhecimento e da circulação de informações a respeito do que eram os casos de LER, das características da sintomatologia clínica, dos recursos e diagnósticos. Então houve um avanço muito grande.

Hoje em dia, praticamente em quase todos os meios médicos, quando se fala LER as pessoas têm uma idéia do que é, enquanto na primeira metade da década de 1990 a gente tinha que dizer: Lesões por Esforços Repetitivos, isso é relacionado ao trabalho e tal. Então, houve um avanço nesse sentido. Houve uma maior difusão das informações clínicas, médicas, de diagnóstico, de recursos e tal. Houve, no primeiro momento, uma série de equívocos também... Uma época de uma confusão grande, assim, de quais seriam os recursos diagnósticos e terapêuticos adequados. Eu lembro que a gente discutia com a perícia médica do INSS, quando as trabalhadoras, os trabalhadores iam pro centro de reabilitação ocupacional e acabavam fazendo atividades de reabilitação física e profissional que eram incompatíveis, atividades que acabavam piorando os quadros clínicos ao invés de melhorar, então havia um desconhecimento. A partir da década de 1990, acho que dá pra dizer que estes profissionais todos já passaram a ter um conhecimento mais... pelo menos num patamar mínimo de cientificidade, de condutas um pouco mais adequadas. Aí o próprio Ministério da Saúde produziu um Manual...

Em suma, no que se refere à LER, durante esse período desenvolve-se uma diretriz que tenta um "resgate" da voz do trabalhador (elemento que pode ser observado, no plano da clínica, na importância relativa à história ocupacional para o diagnóstico), assim como mudanças na percepção clínica, em relação ao quadro clínico e à causalidade da doença:

Até ouvir o trabalhador e achar que o que ele estava falando era realmente doença e não era simulação... E o que passou a ser mais discutido, a partir do final dos anos 1990 e que eu acho que é a discussão preponderante hoje, se ultrapassou o patamar de se conhecer quais são os sintomas clínicos, a dor e as alterações perceptíveis, identificáveis nos exames de diagnóstico, na eletroneuromiografia, na ultra-sonografia, nos recursos diagnósticos; e se passou a analisar e estudar com mais cuidado, e a prestar mais atenção para aqueles sintomas e aquelas características de sofrimento psíquico, das relações do trabalho, não só entre os movimentos repetitivos e das sobrecargas mecânicas, mas das relações interpessoais, dos outros aspectos da organização do trabalho. Sofrimento psíquico-mental. E hoje, a discussão que se tem, uma discussão, eu diria, pós ano 2000, agora já no século XXI, é a da importância das relações inter-pessoais e inter-chefias, da importância do que hoje se configura como os quadros de assédio moral, não é?

## Débora

*Os trabalhadores comecem a descobrir essa "saúde do trabalhador" que, praticamente, não era discutida nessa época. Então foi bem interessante ter a oportunidade de formar trabalhadores, de fazer algumas pesquisas dentro da área da indústria...*

Débora começa a entrevista lembrando que desde seu tempo de graduação, há cerca de quinze anos, já se interessava pela clínica e pela epidemiologia. Ao ingressar na faculdade queria ser clínica, mas, conta, a "epidemiologia foi uma descoberta!", "porque é uma questão totalmente diferente do que você espera da medicina quando você entra na graduação". Prossegue: "Eu cursei as disciplinas saúde pública e epidemiologia, fiz com o professor C e me identifiquei bastante com o curso". Além disso, diz, fez monitoria de epidemiologia e estágios em serviços de saúde pública, que, considera "um trabalho maravilhoso!", mas "o medo do mercado de trabalho escasso nessa área" a fez decidir-se pela clínica: "A saúde pública estava em frangalhos e eu pensei "vou romper, cair fora, antes que eu fique mais apaixonada". Voltou-se, então, inteiramente para a clínica durante o internato. Entretanto, no momento de decidir pela especialidade na pós-graduação, "a saúde pública bateu mais forte" e resolveu fazer residência nessa área, que, na época, "consistia no sanitarismo de uma forma geral, com a opção, no segundo ano, entre epidemiologia, administração ou saúde do trabalhador". Quanto a esta segunda escolha, relata que "até pelo meu interesse pela clínica, eu escolhi saúde do trabalhador que era uma área que requeria as duas coisas: a saúde pública e a clínica". Lembra que "foi uma experiência interessante", pois "a saúde do trabalhador estava começando a se consolidar no Estado".

De fato, no início dos anos 1990, o ambulatório de doenças ocupacionais do CESAT já funcionava plenamente e a política estabelecida pelo SUS exigia a descentralização e a hierarquização das ações de saúde do trabalhador, pelo menos naqueles municípios



industriais, abrindo mercado de trabalho para os novos médicos do trabalho nas unidades ou núcleos de referência pública: "Então, quando eu terminei a residência, fui trabalhar no CEREST, e meu trabalho era basicamente atendimento". Essa atividade ambulatorial é idêntico ao ambulatório do CESAT e suas tarefas consistiam em atender um certo número de pacientes e o restante da carga horária destinava-se à elaboração de laudos, relatórios, pesquisas toxicológicas, inspeção ocasional de locais de trabalho etc.

Assim, ela aprende a perceber, através de uma perspectiva situada em uma unidade de referência em saúde do trabalhador, os meandros que engendram a transformação do sofrimento em doenças ocupacionais. Pouco depois, essa experiência amplia-se para que ela possa ver o fenômeno do adoecimento também a partir de uma outra perspectiva: "Também comecei a trabalhar no sindicato dos petroleiros – que era uma atividade interessante porque, além da questão de atendimento, tinha toda uma questão de formação dos trabalhadores, tinha o trabalho de vigilância". Ela sabe da importância do papel sindical (ou o empenho de trabalhadores organizados na instituição da enfermidade do trabalho) e de técnicos engajados, conforme vimos na pluralidade de exemplos da argumentação com Dembe e na minuciosa descrição da luta dos digitadores com Rocha na legitimação da LER:

Por ser uma diretoria que tinha interesse na saúde do trabalhador, que queria realmente mudanças nessa área, e não só pelo atendimento médico aos seus filiados, nessa época eu tive essa oportunidade de perspectivas de mudança, realmente. Você tinha o respaldo político de uma diretoria. Então foi bem interessante meu trabalho no sindicato, a gente teve a oportunidade de tirar amianto do escritório da empresa S, que foi um trabalho do sindicato. A questão de começar a discutir a perda auditiva nas indústrias dessa época, também foi iniciativa do sindicato. A discussão sobre discopatias e hepatopatias na indústria, foi uma iniciativa do sindicato. Então foi um trabalho extremamente gratificante.

A satisfação de Débora pelo sucesso dessas ações, essa associação entre saúde e trabalho na política sindical, revela sua crença na participação dos trabalhadores, que

está concebida em um modelo conceitual cuja eficácia médica não é clínica, no sentido individual, mas coletiva, como veremos no próximo capítulo em relação à medicina sindical. A gratificação decorre da visibilidade dos resultados positivos e da confiança entre parceiros e trabalhadores, como uma validação de cada ponto examinado:

Então, nessa época, você aprendia e via que as coisas estavam acontecendo ali, do ponto de vista da prevenção. E tinha um outro ponto de vista muito interessante que era os trabalhadores começarem a descobrir essa saúde do trabalhador que, praticamente, não era discutida nessa época. Então foi bem interessante você ter a oportunidade de formar trabalhadores, de fazer algumas pesquisas dentro da área da indústria...

Mas o desdobramento dessa experiência mostrou um outro lado da realidade, outras orientações políticas que são incompatíveis com esse modelo de saúde do trabalhador. A contra-prova dessa suposição é feita no próprio processo de mudança da política sindical, que retoma uma outra forma para se relacionar com a medicina, com o patronato e com os trabalhadores:

Quando a questão começou a virar apenas atendimento e uma resposta aos problemas gerenciais da empresa, foi a minha desilusão. Já tinha mudado a direção do sindicato também e a nova direção não tinha esse entendimento, eu acredito, e ficou a questão mais de prestar o serviço e usar o serviço médico como um contraponto às questões gerenciais. De quando as pessoas não se davam bem com a chefia, acontecia alguma coisa, o serviço médico começou a ser usado também nesse sentido.

Foram experiências essenciais para a carreira profissional de Débora, que declara:

Foi uma experiência importante também do ponto de vista do treinamento, porque a gente atendia muito trabalhador, o treinamento mesmo clínico... E tanto no sindicato, como na unidade de saúde do trabalhador, a questão do aprendizado da legislação tanto previdenciária, quanto trabalhista, pois você tinha que usar [muito] essa legislação. E todo o contexto da saúde do trabalhador, porque você estava dentro de um sindicato, estava dentro de uma unidade de atendimento que tinha intercâmbios frequentes com o Ministério do Trabalho, com a Previdência. Então foi um campo

importante de trabalho. Em 1994, eu continuei no sindicato, mas sai da unidade de saúde, e fui para o CESAT, mas dei um tempo no atendimento, acho que de um ano, fiquei na coordenação do ambulatório de doenças do trabalho.

Questionada sobre sua experiência no surgimento da LER/DORT no CESAT e nos CEREST da Bahia, Débora reflete sobre esse surgimento como uma conjuntura para afirmar que "aqui, as condições estavam dadas", pois existia "a questão dos bancos, a própria digitação, tinham todas as condições como no Sul", mas, durante "um período de quase cinco anos", "o perfil de morbidade de saúde do trabalhador era outro, diferenciado em relação ao Sul, ao Sudeste do País". Corroborando Dembe (1991) e Rocha (1989), ela afirma:

Então você vê que os números do próprio serviço eram pequenos, pois era o que chegava pra gente. Você não tinha gente na época discutindo isso, tava começando ainda... O movimento sindical dos bancários, naquela época, não tinha muito essa história com a saúde do trabalhador... Quem tinha mais era o movimento dos petroleiros, dos químicos, dos metalúrgicos. Quem impulsionou muito essa coisa foi a categoria de processamento de dados, isso sim!

Continuando com suas lembranças, aponta de modo objetivo características clínicas da doença valorizadas por ocasião de seu surgimento, tanto do ponto de vista conceitual quanto dos quadros clínicos observados, além da importância do CESAT nesse processo:

Olha, se você fizer um histórico da questão da LER, quando a gente começou a fazer diagnóstico de LER na Bahia – e eu falo “a gente” porque foi a gente mesmo, aqui do CESAT, quem começou – a forma do diagnóstico era outra... Não se prendia a doenças específicas, como é hoje. Era muito mais aquela coisa da dor, independente se fosse uma dor em ombro ou em região cervical... Tinha uma dor crônica. E tinha outros sintomas também como parestesia, peso, dormência... E deveria ter um histórico ocupacional importante. O diagnóstico era feito sem ter a necessidade de precisar se era tenossinovite, se era uma bursite de ombro, se era uma síndrome do túnel do carpo... Então, claro que tem essa questão da subjetividade da dor, mas os primeiros casos que nós diagnosticamos aqui eram pessoas que já tinham um quadro clínico muito grave. Você podia ver atrofia importantes da mão, você via edema... Porque se você pega

os termos da patologia do trabalho, fala-se muito do edema subjetivo que o trabalhador sente e que você não vê. Naquela época, você via os edemas! Você via as atrofia importantes. Eram quadros gritantes!... Eram estágios finais da doença, porque as pessoas não procuravam atendimento médico logo.

Então, na época, só vinham ao ambulatório aqueles casos graves. Eu não acho que se tinha muita dificuldade no exame... Esses casos graves, como tudo que é grave, você diagnostica com mais facilidade... Hoje você não vê mais edema... Antigamente você via a deformidade... Além das iatrogenias, como aquelas infiltrações a que as pessoas muitas vezes se submetiam e que pioravam a situação...

Depõe que nessa época, os quadros clínicos caracterizavam-se por lesões visíveis e palpáveis, de uma "demanda reprimida" que enfim encontrava seu escoadouro pela nova especialidade médica que lidava com o trabalho e que era capaz de ouvir a voz do trabalhador. Entretanto, havia certo pasmo no ar, "não se sabia o que estava acontecendo", a doença se configurava no imaginário médico acima de tudo como uma dor crônica mal esclarecida. Além da questão da dor, ressalta Débora, havia a idéia do problema como relacionado a uma predisposição individual, ou seja, "a doença de uma pessoa que tinha uma maior tendência". Reconhece, comigo, o desconhecimento dos médicos da época sobre a doença e sua relação com o trabalho e concorda quando ressalta a importância da Portaria INSS/93 na instituição da doença: "foi uma das coisas boas"; "eu acho que foi o que ajudou a disseminar, a divulgar a experiência que se tinha" sobre a doença. Provoco-a, afirmando que o conflito persiste até os dias atuais, e ela responde:

[Hoje] eu acho que o diagnóstico da LER não é nenhum bicho de sete cabeças. Para quem está no dia a dia fazendo esse diagnóstico, não é nenhum bicho de sete cabeças. Até essa questão que tinha: "ah, o bancário não pode ter tendinite de braço, de ombro, porque não levanta a mão ou o operador de tele-marketing que não levanta a mão..." Hoje a gente já sabe que o próprio sedentarismo é um dos fatores de tendinite de ombro, a própria musculatura que não trabalha... Como as pessoas levam uma vida sedentária, pois muitos não têm condições de fazer uma atividade física, o próprio mundo que a gente vive hoje... Então, o sedentarismo contribui também para a situação. Eu acho que o problema hoje não é o diagnóstico. Além de

toda a parte clínica que o médico tem à sua disposição, pelo menos para quem sabe fazer um bom exame clínico ou coletar uma boa história, não é? E a doença já é uma coisa tão comum, você já tem tanta gente com esse problema, acaba que aquela situação não fica mais tão difícil pra você, para quem já tem experiência. Um residente novo, que esteja começando, que venha de outra área, um médico novo, tudo bem. Mas quem está ali, no dia a dia, um médico do trabalho que tenha experiência com muitos pacientes, um perito do INSS, não deveria ter essa dificuldade para fazer o diagnóstico.

Por fim, conclui sua reflexão sobre esse período, relatando seu entendimento sobre o desenvolvimento histórico desse conflito:

Eu acho que teve o conflito no início, porque existia o condicionamento de diagnosticar a LER na previdência apenas na categoria dos digitadores. Um exemplo: tendinite do flexor em digitadores. Era mais fácil você fazer um nexó com aquele tipo de atividade e aquela doença [específica]. No início, o próprio nome LER, lesão por esforço repetitivo, não levava em consideração a questão da sobrecarga estática e, inicialmente, se teve dificuldade nesses casos em que a exposição maior era a sobrecarga estática e por conta de toda a cultura em cima do movimento repetitivo, teve uma certa dificuldade que eu acho que, hoje, não seria o caso. Agora, como eu já falei, não acho que essa seja a grande dificuldade hoje. Você tem hoje toda a parte clínica que ajuda a reconhecer o que é uma tendinite de ombro, uma braquialgia, todos os sinais, sintomas... A própria história clínica do trabalhador... O trabalhador não vai decorar aquilo ali. Ele sabe, ele está dizendo o que ele sente. Um dos problemas que se tem hoje é que alguns serviços, a qualidade deixa a desejar...

## Miriam

*A paciente já vinha do seu médico particular acreditando que era aquilo ali. Então, eu tinha que ter tato pra mexer naquela verdade. Eu fazia um exame muito bem feito, eu ia dizendo a ela cada coisa que eu achava. Eu ia construindo o meu diagnóstico com ela.*

Miriam graduou-se em medicina há cerca de vinte anos e afirma que sempre quis ser clínica desde a época de estudante. Logo no início da carreira, foi para a região Norte, fazer um curso de especialização em "medicina tropical" e lembra-se que, durante o estágio prático desse curso, a prevalência alta de acidente ofídico entre os trabalhadores despertou-lhe certa curiosidade pela medicina do trabalho.

Assim que retornou à Bahia, foi morar no interior do Estado: "Fui trabalhar na Fundação Nacional de Saúde e foi quando comecei a me interessar pela saúde pública, pois morar numa cidade pequena, ver o dia a dia das pessoas fora do consultório, fez a saúde pública conquistar minha admiração; a Fundação me deu esse olhar maior".

No final da década de 1980, retornou a Salvador, fez "o curso de saúde pública", no qual havia alguns conceitos e noções de medicina do trabalho que lhe despertaram interesse imediato: "Aí eu me achei! Foi quando eu fiz o curso de especialização em medicina do trabalho". Logo após a conclusão desse curso, foi contratada para trabalhar como médica do trabalho de uma grande indústria química na RMS. "Lá eu aprendi tudo o que não se deveria fazer!", resume. No ano seguinte, foi aprovada em um concurso público para o Estado e começou a trabalhar no CESAT.

Desde então, como é comum entre médicos do trabalho, possuiu vários vínculos empregatícios: "Fiquei numa empresa têxtil uns quatro anos [...] fazia alguns exames periódicos ou substituía colegas de férias, em fábricas da RMS [até que] ingressei por

concurso em um banco público". Alguns anos depois, o banco foi privatizado e – outra mudança em sua vida – transferiu-se para São Paulo para coordenar o Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO), desse banco em todo o Brasil. Dois anos depois, conclui, "pedi demissão e voltei para Salvador; fui trabalhar numa empresa pública, onde estou até hoje".

Refletindo sobre suas experiências profissionais nos locais em que trabalhou, Miriam confessa que o CESAT tem sido seu "porto-seguro" e que, mesmo já tendo pedido "licenças temporárias para trabalhar em outros lugares, até agora não tem sido colocado em questão eu sair de lá". Justifica: "Hoje não tenho mais disponibilidade psíquica para trabalhar em empresa privada, é muito desgastante!". "Só se for por pura necessidade de sobrevivência!".

Peço que me relate suas primeiras experiências com pacientes com LER/DORT, ela responde:

Minha experiência com a LER começou em 1992, quando eu comecei a trabalhar aqui no CESAT... A maioria dos pacientes era bancária, eram casos com um longo caminho de evolução, [...] de pessoas já com o braço duro. Pessoas que já tinham uma evolução acentuada da doença, isso há cerca de dez anos... Eram casos crônicos, com "trezentas fisioterapias". Eram lesões mais evidentes, era aquele quadro: você tinha uma diminuição da capacidade mesmo, havia diminuição da capacidade funcional, já tinha passado daquela fase só de dor.

Lembra que, nessa época, a doença começava a aparecer na Bahia, mas que "aqui ela não tinha aquela conotação" que tinha em outros Estados, diz Míriam, referindo-se aos digitadores ("os casos do Rio Grande do Sul, os casos de Belo Horizonte, que a gente já tinha conhecimento..."). Essa experiência conflui com uma outra, também muito importante em sua vida profissional: o período em que trabalhou para o banco.

Nessa época, logo no início do emprego, lembra-se que "foi quando eu peguei uma infinidade de casos. Parece que veio tudo de vez. Uma infinidade de casos que estavam retidos". Tais casos consistiam, principalmente, em pacientes com "sintomas de dor, tinha muita hérnia de disco... As pessoas reclamavam muito de dor nos braços, nas costas. Era esse quadro geral". Aprendeu que esses casos que chegavam ao seu consultório do banco estavam sempre enredados em problemas referentes a modos de organização do trabalho, perdas financeiras decorrentes do afastamento previdenciário, medo do desemprego e da incapacidade etc. Mesmo assim, a estabilidade relativa no emprego em um banco público, a facilidade de acesso aos serviços médicos e aos recursos terapêuticos particulares e conveniados pelo banco, a possibilidade de remanejamento de função eram características do modo desse banco lidar com a questão, e eram fatores que favoreciam inclusive a continuidade do trabalhador no serviço, evitando seu afastamento previdenciário.

Miriam aprende também que, mesmo atendendo aos empregados de um banco público, em que pese as diferenças existentes com uma empresa privada, ela continuava sendo vista como "médica do trabalho da empresa" e, desse modo, não era uma das primeiras escolhas médicas entre os trabalhadores para receber suas queixas ou dores que eles relacionassem ao trabalho: "Eu não pegava casos agudos, porque as pessoas não me procuravam no início da sintomatologia. Elas sempre me procuravam bem depois. Todas as pessoas que eu pegava no banco já tinham um quadro com história de sete, oito anos de dor...".

A propósito, peço que me aponte algumas dificuldades em exercer suas atividades de médica do trabalho em um banco e, se possível, compare as distinções entre as experiências em banco público e em privado. Ela responde:

Bom, hoje eu já não estou mais em banco. Em um banco público, a diferença é que eu tinha mais autonomia. Eu tinha autonomia de emitir uma CAT, eu não tinha que solicitar essa CAT ou explicar o



porquê. No banco privado, para eu emitir uma CAT, eu tinha que passar por um chefe que era assistente social; eu tinha que passar pelo gerente, que era um administrador. Então, pra eu emitir essa CAT, eu tinha que estar muito bem respaldada.

Eu tinha que mostrar a questão biomecânica forte, que é o que eles entendem, e eu tinha que entender a questão organizacional, e é óbvio que essa eles também entendiam. A gente não pode subestimar o administrador. Ele entende, só não é interessante pra ele dizer. Então são essas duas coisas: bater forte na questão biomecânica e bater forte na questão organizacional. Quanto à saúde mental, ao sofrimento, eu não mencionava isso pra eles, porque eu sabia que eles não iam entender. Isso era meu, isso era uma avaliação minha. Nem botava em prontuário. Poucas vezes eu escrevia isso. Então eu tinha que ter bastante respaldo técnico frente ao gerente. Eu ainda tinha mais cuidado para não contestar o diagnóstico do especialista do banco lá do Sul [sede do banco], que eu nem conhecia.

Ao falar de mudanças de posição e de movimentação do médico do trabalho em uma variação de contexto do banco público para o privado, Miriam constata que perdeu parte de sua autonomia sobre certos atos, mas desenvolveu outras estratégias que lhe permitiam adotar as condutas que considerasse pertinentes ao seu diagnóstico e à sua abordagem terapêutica ou preventiva perante seus pacientes. Essas estratégias compreendiam, principalmente, os argumentos da clínica e da epidemiologia, com os quais constrói uma "realidade" médica a partir da qual adota as condutas que considera mais adequadas para o paciente, inclusive interferir nas convicções próprias que esse paciente traz para o encontro clínico.

Mas, além disso, há também o ponto de vista do paciente e todas as verdades que ele traz à consulta e que devem ser respeitadas, principalmente aquelas que se referem ao fato de que ele chega ao encontro do médico na empresa depois de já ter passado por várias consultas, muitas delas com seu médico "particular":

A paciente já vinha de lá com um médico acreditando que era aquilo ali. Então eu tinha que ter muito cuidado, ter muito tato pra mexer naquela verdade. Eu fazia um exame muito bem feito, eu ia dizendo pra ela cada coisa que eu achava. Eu ia construindo o meu diagnóstico com ela.

A sensibilidade e o respeito pelo paciente demonstrados por Míriam a levam a perceber o exame para além do objetivo estrito de detectar uma doença. Ela “constrói” sua conduta junto com o paciente durante o encontro clínico:

Eu ia construindo junto porque eu dizia: se eu não desse nexos, o paciente saberia o porquê... Se, em algum momento, eu não desse a CAT, por exemplo, em casos de funcionários reabilitados, onde eu tinha certeza que eles estavam na função de reabilitação, e eles pediam pra eu reabrir uma CAT, eu sabia que tinha todo um contexto de medo da demissão, aquela história toda, e se eu negasse naquele momento a CAT, ela [a pessoa] saía da minha sala já sabendo. Podia não aceitar, mas ela saía da minha sala com isso construído.

Desse modo, ela reverte a tradição existente no ambulatório do banco, em que o médico do trabalho não comunicava diretamente sua decisão ao paciente, e assume que essa responsabilidade deve ser considerada como parte da própria relação médico-paciente: "Porque, quando eu cheguei no banco era assim: o médico examinava, só que ele não dizia nada ao paciente. Ele ia embora e depois a enfermeira dava o resultado – Ó, não vai emitir CAT pra você, não”.

A seguir, Míriam relata algumas experiências que obteve com o atendimento cotidiano de trabalhadores procedentes de bancos e observa a prevalência de queixas específicas em certos setores de trabalho e certos grupos de trabalhadores. A percepção clínica aperfeiçoada nesses moldes, tanto no banco quanto no CESAT, combinada ao conhecimento que começa a surgir através da literatura médica nacional sobre LER entre bancários, lhe permitem identificar novos quadros, definir certos padrões e estabelecer novos nexos de causalidade da doença com a atividade do trabalhador, ao tempo em que constata que muitos aspectos do fenômeno desdobram-se em novos questionamentos e exigem novos estudos:

"Caixa" eu não questionava, eu dava o nexos [reconhecia o nexos causal ocupacional]. "Caixa de banco" eu conhecia, não discutia. Um gerente, um técnico de serviço, eu tinha que olhar melhor... Aí você adquire a experiência, você vê DORT num bancário, você vê DORT

num mecânico... São diferentes. Não se pode perder de vista a doença e o seu comportamento em classes de trabalhadores. A LER do bancário não é a mesma LER da menina da fábrica de calçado, da menina da fábrica de frango, não é! Olha, em minha opinião, eu acho que, pra dar o nexu, você tem que ver a condição de trabalho, você tem que ir ao posto de trabalho, você tem que ver a condição da atividade de trabalho. Cada vez eu penso mais nisso: pra dar nexu, você tem que ver.

Por outro lado, não se pode desvalorizar a experiência. Eu conheço caixa de supermercado, eu sei que os supermercados maiores têm um *check out* melhor, eu sei que supermercados menores têm *check out* pior, eu sei que a pressão do supermercado grande é maior. Você tem uma coisa que é sua experiência, pois nem em todo caso é possível ir ao posto de trabalho enquanto CESAT. Trabalhando em empresa, não, em empresa não tem dificuldade... Minha vivência é aquela coisa, meu "achismo" considerando a questão da vivência emocional, minha experiência profissional. Então tem coisas que eu já dou o nexu mesmo sem precisar ver...

A alocação metodológica de Míriam entre os médicos que falam posicionados no SUS, apesar de suas experiências preponderantes com empresas, justifica-se por sua postura perante o paciente, pelo modo como atua e posiciona-se perante o trabalhador, tentando entender seu sofrimento e articular possibilidades inovadoras de ação frente ao adoecimento. Quando lhe peço que compare o trabalho nos bancos ao do CESAT, ela responde:

Ah! Aqui no CESAT, eu não tenho nenhum compromisso com a empresa. No CESAT, meu compromisso não é com a empresa, meu compromisso também não é com o paciente, eu tenho compromisso comigo, de agir da forma que ajo... Eu tenho compromisso com a instituição, mas primeiro meu compromisso é comigo.

Eu tenho compromisso com a instituição de estar ali trabalhando, atender o paciente bem, fazer o melhor que eu possa por ele. Agora, ele não é maior do que o compromisso comigo de estar consciente de que eu estou fazendo o certo... E assim não estou agindo nem contra a empresa e nem contra o paciente. Claro que, em algum momento, eu vou agir contra a empresa...

O CESAT é a agência que lhe oferece mais tranquilidade para atuar de acordo com sua "consciência clínica". É o contexto que lhe oferece também a possibilidade de

ampliar seu conhecimento, esmiuçar todas as possibilidades e hipóteses que se relacionam a esse tipo de adoecimento do trabalhador. A posição nos bancos ofereceu-lhe uma rede ampla e diferenciada de serviços médicos, de especialistas e exames, que o paciente do CESAT geralmente não dispunha. Ela pôde, porém, aprender com os especialistas para testar a validade da utilização sistemática de exames e para aperfeiçoar o seu conhecimento:

Pacientes que vinham com um relatório de médico ortopedista, principalmente, onde ele me dizia o seguinte: o paciente tem um quadro de tenossinovite de supra-espinhoso, uma tendinite não sei de onde... Então, quando eu pegava as ultra-sonografias, o que ele me dizia no relatório eu tinha no laudo de ultra-sonografia. Ele não me dizia nada além disso. Então, o que é que eu sentia? Eu sentia a falta do diagnóstico clínico do médico especialista. Então, por conta dessa dificuldade, eu comecei a mudar de especialista, eu comecei a mudar para reumatologista e fisiatra, porque eu achava que eles iam me dar o diagnóstico clínico, eu achava que eu ia ter esse diagnóstico. Minha dificuldade era: eu era clínica, mas não tinha a experiência de fazer diagnóstico clínico de LER, eu não tinha experiência em ortopedia, o meu exame clínico ortopédico era o trivial...

Tinha outra questão que era o paciente, era a predileção do paciente. Eu não podia encaminhar o paciente para onde ele não queria ir... Eu sabia a etiologia da LER, eu sabia que é importante a questão biomecânica, mas tinha também a história organizacional, a psíquico-social, eu sabia tudo isso... Muitas vezes a questão mecânica não batia. Aí, o que foi que a gente fez? A gente foi procurar saber mais, conhecer mais, para suprir uma deficiência nossa. Foi aí que começamos a trazer profissionais para fazer palestras, começamos a comprar livros, ler mais... Foi olhar anatomia, fisiologia pra poder discutir.

Mas nesse processo constante de investigação, é preciso estar atento para o respeito que o médico deve ter ao seu paciente, retribuir a confiança que ele lhe deposita por ocasião do encontro clínico. É este o ponto essencial a partir do qual Miriam concebe o seu papel de médica do trabalho:

Olha, eu sempre tive isso comigo: eu não posso desacreditar do meu paciente. Eu tenho que acreditar que ele sente dor, porque se eu fosse entrar nessa paranóia que ele não estava sentindo dor, eu ia ficar

louca! Eu precisava me manter informada pra eu poder dizer assim: "Pra mim, ele tem a dor. Ele tem essa dor, seja ela psicossomática, mas ele tem essa dor". É real pra ele? Pra mim também é real... Eu tenho que acreditar nele.

Agora, eu tenho que me munir de dados pra dizer: "Ó, você tem essa dor, você tem esse quadro clínico...". E seu quadro clínico pode não ter relação ocupacional. Eu tinha que saber muito bem como explicar e convencer a ele. Se você disser que não é, tanto no banco quanto no CESAT, você teria o mesmo questionamento que você tem em toda empresa.

Para ela, a relação médico-paciente expressa-se através de um componente empático muito forte. Essa comunhão entre o médico e o seu paciente durante o encontro clínico permite que mais e mais detalhes do "caso" entrem em consonância com os demais elementos da totalidade diagnóstica e da conduta terapêutica:

Tem paciente que você olha assim pra ele e já acredita na dor dele – pra mim ele dói. Quando eu já tinha me munido de conhecimento, que eu ia fazer o exame físico, via que muita coisa não batia do ponto de vista fisiológico: "E essa dor? De onde vem?" Eu não questionava a dor. Mas aí você começa a estudar mais, você começa a entender muito da saúde mental. Eu já sabia da biomecânica, eu já sabia fazer o exame clínico. Agora, eu queria entender um pouco mais... eu ainda estou nessa fase de entender. O que é que leva as pessoas a adoecerem a esse ponto? O que é que influencia? É sua carga afetiva? É essa relação muito ruim de trabalho?

Eu quero entender tudo isso, porque [o paciente com diagnóstico de LER] é extremamente complicado. Hoje eu entendo porque muitos colegas não querem atender LER. Eu ficava indignada quando eu tinha um colega que não queria mais atender LER. É um paciente difícil de você atender. E mesmo se ele se afasta do trabalho, continua com dor. Eu acho que a questão mais difícil de entender na LER é a dor. O resto não é difícil de você entender. As alterações físicas você pode entender, mas a questão da permanência da dor é o que eu acho mais difícil.

Miriam reflete sobre como se diferencia sua performance enquanto médica do trabalho em relação à de outro especialista, no atendimento ao paciente com dor crônica decorrente do trabalho:

Na verdade, eu penso assim: na medicina do trabalho o que é que você tem que fazer? Diagnóstico ocupacional e nexos. Você tem que ter um diagnóstico clínico já firmado, o qual você tem que associar com a atividade ocupacional. Isso é seu papel enquanto médico do trabalho. A maioria dos especialistas para os quais a gente encaminha não leva em consideração a dor. Eles não levam em consideração, na verdade, o paciente como um todo. Eles levam em consideração aquilo que eles acham que é o objetivo, principalmente, o exame complementar.

Ela sabe, também, que o especialista não entende de medicina do trabalho, restringe-se à lesão ou aos sintomas e, muitas vezes, estabelece ou define uma conduta que tanto pode ignorar como incorrer num prognóstico ruim para o curso da doença. Mas, por outro lado, esses especialistas detêm muito mais que ela a confiança do paciente.

Quando você é médico de empresa privada, por mais que você tenha uma boa relação com os pacientes, eles têm aquela desconfiança. Você é consultor da empresa, de certa forma você está zelando pela empresa. Você tem o paciente, você quer diagnosticar, mas você é o consultor da empresa. Não é infundada [a suspeita do paciente].

Em um sentido inverso, faz parte de sua missão, diz ela, muitas vezes defender o doente mesmo dos próprios médicos. Ela sabe das dificuldades e dos variados interesses em jogo no mundo da medicina do trabalho:

Tinham pacientes que eram desacreditados de sua dor por algum outro médico. E aqui na Bahia tem médicos que incentivam a doença. Eles colocam o paciente mais doente. Chegam a dizer ao paciente que sua doença é incurável e que ele vai ficar passando de um lado pra outro. Eu tinha paciente com essa informação.

Nesse sentido, a demanda, o acesso aos exames e aos especialistas, assim como a confiança do paciente no médico, são distintos no CESAT e servem como contraponto às suas posições no banco:

No CESAT já era uma outra história. A maioria dos pacientes era desempregada, ou demitida, ou que tinha subempregos, mas não tinha plano de saúde. Então, pra você conseguir um exame clínico, um especialista, um exame complementar, era muito difícil: você

tinha que avaliar muito bem o quanto esse exame ia lhe ajudar, o quanto ele ia lhe dizer.

Aí, mais uma vez, lá vem a gente ter que entrar mais na clínica, porque a gente não tinha subsídio [de exames] de fora. Assim, você manda pro ortopedista e, porque era do SUS, pior ainda. Você manda sempre com uma ficha de contra-referência, mas ele não te respondia nada, dizia o mesmo que você já mandava dizer pra ele.

Pergunto como ela conseguia conciliar o desempenho de suas funções no banco e no CESAT e se, na sua opinião, os colegas comentavam a existência de contradições em suas condutas e ela comenta:

Às vezes eu estava na empresa e alguém comentava: “Ah, você trabalha no CESAT!”. O fato de trabalhar no CESAT já lhe cria um estigma de que é aquela coisa do diagnóstico fácil, não é? Não era! Eu tive que me posicionar com muita técnica para poder conseguir trabalhar na empresa e trabalhar no CESAT. Sempre tive essa coisa muito clara comigo. Eu não podia ter peninha do paciente, porque você é humano. Você se revolta porque ele conta atrocidades, ele sofre na empresa, você se revolta. Mas você não pode ter pena do paciente. A mesma coisa da empresa. Eu não podia pensar só na empresa, pensar: “Não, ele está enganando”. Não podia.

Com os colegas, eu nunca tive dificuldade de, por exemplo, ligar pra médico especialista pra discutir caso. Nem enquanto CESAT e nem enquanto empresa. Sempre telefonei para os colegas, me identifiquei como médica do trabalho e disse: “estou com paciente tal, estou achando isso, vou encaminhar esse paciente pra você, tenho essa dúvida”.

Eu comecei a fazer isso justamente pela dificuldade que a gente tinha. Conversando com alguns médicos, você tinha um respaldo, você tinha um retorno melhor. Agora, claro, tem médicos que não dá pra você fazer, porque a postura do colega não é boa.

Infelizmente a LER tem muita vantagem também pra outras pessoas. Muita gente já ganhou dinheiro com LER. Montou suas clínicas e atendia ao paciente, anos a fio, dentro da clínica. Alimentando a doença, não querendo tratar o paciente. Era uma troca. Eu preciso estar bastante doente, pro INSS saber que eu sou doente; e eu preciso de você pra você me dar o retorno do dinheiro da consulta.

Finalmente, Miriam enfatiza que “a medicina assistencial quer alguma etiologia”, o que se choca com o fato de que, “a gente como médico do trabalho muitas vezes não

consegue ver essa etiologia". A partir disto, diz, "Você começa a entender que tudo está relacionado, ou seja, é preciso que seus horizontes se alarguem, que você veja o fenômeno do adoecimento também através da ergonomia, da 'saúde mental' etc.



## CAPÍTULO 9

### O médico do trabalho no sindicato dos trabalhadores

O sindicato é outra agência de grande importância na instituição das doenças osteomusculares ocupacionais, assim como para as doenças ocupacionais de um modo geral, conforme vimos com Antonaz (2002) e para a LER/DORT em particular, de acordo com Rocha (1989) e Dembe (1990). O caráter que a medicina sindical assume, ao valorizar a face mais politicamente engajada do médico, instiga a reflexão sobre sua problemática teórica e prática, assim como sobre a natureza epistemológica do empreendimento clínico.

Neste capítulo, serão apresentadas as narrativas da biografia profissional e da experiência clínica dos médicos de nomes fictícios Gregório e Alberto, que por longo tempo foram assessores sindicais em "saúde do trabalhador" em dois grandes sindicatos de trabalhadores urbanos e com alta incidência de LER/DORT. A formação médica, a capacitação específica e as experiências profissionais em geral, ou mesmo da vida cotidiana, que formaram sua percepção dessa doença podem ser vistos como emblemáticos do desenvolvimento de uma compreensão própria do fenômeno da LER/DORT por parte do médico do trabalho posicionado no sindicato.

#### 1. O contexto sindical

No Brasil, o contexto e os atores sindicais mudaram radicalmente com o arrefecimento da ditadura militar. Durante os anos 1970, a política de "milagre econômico", arrocho salarial, mudanças na legislação trabalhista e na lei de greve, entre outras, representaram uma pressão intensa sobre o movimento sindical

brasileiro (Rocha e Nunes, 1993:123). No final dessa década, após quase vinte anos de governo militar, o Brasil vivia outra vez em sua história uma política de abertura democrática. O ritmo de trabalho imposto e o arrocho salarial eram contrapostos por um novo sindicalismo e uma nova organização dos trabalhadores que ressurgiu "com movimentos sindicais jamais vistos" na história do país. É nesse contexto que nasce, em 1980, "um importante complemento nas lutas sindicais", o DIESAT (Departamento Intersindical de Estudos e Pesquisas de Saúde e dos Ambientes de Trabalho), seguindo a experiência vivenciada pelos sindicatos desde 1955, quando da criação do Departamento Intersindical de Estatísticas e Estudos Sócio-Econômicos (DIEESE) (cf. Lacaz, 1997:8). Em sua página da Internet<sup>46</sup>, o DIESAT apresenta sua disposição histórica de trabalho:

Desde o início, a entidade marca presença nas campanhas contra os acidentes de trabalho, por melhores condições de trabalho e saúde e por melhores salários. De lá para cá, denúncias de exploração da mão de obra, de contaminações por produtos químicos e de ataques aos direitos são levadas ao conhecimento da população, fazendo do departamento uma ferramenta para a conquista da verdadeira cidadania (DIESAT, 2005:1).

Com a missão de assessoria aos sindicatos, o DIESAT investe em um boletim periódico, que depois de alguns anos será substituído pela revista *Trabalho e Saúde*. Mas, ao tempo em que se implementavam "mudanças positivas no quadro político" como eleições diretas, revisão constitucional, grandes greves de trabalhadores, o Brasil entra em recessão econômica com queda do PIB e desemprego crescente. Nesse quadro, várias bandeiras de luta política são assumidas pelas organizações sindicais dos trabalhadores, por exemplo, aquela dos "reflexos da crise econômica sobre a saúde no trabalho", a da "contaminações por produtos químicos, como chumbo e benzeno", do trabalho escravo, da AIDS etc. (DIESAT, 2005:1). A mobilização sindical em torno da saúde conquista também ações assistenciais no seio do Estado, "como a criação de Programas de Saúde do Trabalhador em diversos municípios do país", o

---

<sup>46</sup> In: <http://www.diesat.org.br.historia.htm>. Consultado em 04/12/2005.

reconhecimento pelo INAMPS da tenossinovite como doença do trabalho" etc. (DIESAT, 2005:1).

Ainda de acordo com o DIESAT, a abertura da economia durante a década de 1990 coincide com "um esvaziamento do papel do Estado que repercute diretamente na saúde do trabalhador", sobretudo nas ações de assistência médica, previdência social e saúde pública. Essas são as áreas prioritárias de ação da entidade, "que vem marcando presença ativa nas campanhas contra os direitos trabalhistas", destacando-se nesse contexto as lutas contra a privatização do SAT – Seguro de Acidentes do Trabalho (ib.: 3).

O médico sanitário Francisco Lacaz (1997) aponta a importância do papel desempenhado pelo DIESAT, quando, ao lado de políticas institucionais desenvolvidas por alguns estados (com a integração de ações médicas de vigilância e assistência das quais participam os sindicatos, as quais desvelaram novas formas de adoecimento pelo trabalho), este órgão subsidia

[...] os sindicatos na discussão sobre a superação da estrutura voltada para o assistencialismo, teimosa herança do Estado Novo, transformando-os em meados dos anos 80 nas assessorias sindicais em saúde e trabalho, importante instrumento de luta pela saúde no trabalho e na sua relação com o Estado (ib.:8)

Nessa mesma conjuntura, em que se aprofundava uma crise econômica e social que acentuava o desemprego e o aumento do trabalho informal nas grandes cidades, ocorria

[...] um relativo florescimento de assessorias técnicas em sindicatos, voltadas para as questões de saúde no trabalho, dentro de uma tendência que se delineava no início dos anos 80, particularmente em categorias como os metalúrgicos, químico-petroquímicos e bancários (ib.:11).

Além dos sindicatos e do DIESAT, a maior central sindical do país também constituiu sua própria assessoria no final dos anos 1980: "O primeiro órgão de assessoria técnica em saúde no trabalho criado por uma central sindical" (ib.:11), o Instituto Nacional de Saúde no Trabalho (INST), ligado à Central Única dos Trabalhadores (CUT) e cuja finalidade era:

Responder a uma necessidade premente da CUT e seus sindicatos: a de contar com um órgão técnico altamente capacitado para assessorá-los nos diversos terrenos da atuação contra os acidentes e as doenças do trabalho, nos locais de trabalho; na negociação coletiva das condições de trabalho; nas ações junto às instituições públicas (Drumond, 1990, citado por Lacaz, 1997:11).

Contudo, essa não é uma luta fácil. Drumond observa que "o movimento sindical brasileiro ainda está por definir uma estratégia global de enfrentamento das questões relacionadas à saúde no trabalho para além da compensação financeira" (ib.: 11), pois os sindicatos ainda precisam manter em acordos e negociações cláusulas referentes a situações de trabalho já garantidas pelas leis trabalhistas, assim como insistem em manter cláusulas de cobertura de seguro médico privado, "em detrimento de uma defesa do setor público no campo da Previdência Social e da Saúde", lastima ele (ib.:11).

A partir do anos 1990, a CUT começa a fomentar as organizações de trabalhadores em torno da saúde e do ambiente e por locais de trabalho. "A organização por local de trabalho é o melhor remédio contra os acidentes e as doenças ocupacionais", ressalta a "apresentação" do *Manual de Ação Sindical em Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente*, publicado pelo INST em 2000 e de autoria do engenheiro do trabalho e sanitarista Nilton Freitas, (Freitas, 2000).

O Manual ensina a princípio como organizar uma "comissão de saúde e trabalho" (indicando o que é necessário e quem pode ajudar nesta tarefa) e quais os modelos de

sindicatos atualmente em vigor; entre estes, os que já não condizem com a nova política sindical e que devem ser descartados são:

- 1) A "secretaria assistencial" – "que normalmente trata de tudo: convênios; dentista; médicos; barbeiros etc. Desta forma, conduz ao entendimento de que o papel do sindicato é dar assistência médica e odontológica aos associados, ao invés de se constituir em instrumento de luta, que conquiste melhores condições de trabalho nas empresas e saúde pública gratuita para todos" (Freitas, 2000:15). Esse é o modelo assistencialista clássico que representou a burocratização do sindicato no Brasil<sup>47</sup>;
- 2) O "departamento médico" – "um termo bastante reducionista, que induz à idéia de que o papel da "secretaria" ou "departamento" do sindicato é dar assistência médica ao trabalhador que a empresa adoeceu, para que ele possa, o mais rapidamente possível, voltar a produzir" (ib.: 15).
- 3) O "departamento de saúde ocupacional" – o termo *saúde ocupacional* representa o entendimento de que a saúde tem uma relação com o trabalho. No entanto, esta relação está vinculada somente aos efeitos que os "ambientes" de trabalho ocasionam à saúde, ou seja, não incorpora o entendimento da "forma como o trabalho está organizado". A origem do termo está relacionada à "higiene ocupacional", especialidade que visa sanear "tecnicamente" os ambientes de trabalho... É um modelo que, baseado num "discurso tecnicista", "exclui e afasta qualquer possibilidade de participação dos trabalhadores" (Freitas, 2000:15).

Esses exemplos de nomenclatura, para designar o "setor de saúde" de sindicatos, enfatiza o referido Manual, "não é apenas ilustrativa", pois, "como ficou demonstrado, por trás de cada uma delas existem conceitos e interesses representados" (ib.:15).

---

<sup>47</sup> Para uma avaliação desse tema, ver Martins, H. *O estado e a burocratização do sindicato no Brasil*, (2ª ed), Hucitec, São Paulo, 1989.

A composição das comissões de saúde e trabalho, além dos dirigentes sindicais, cipistas e membros delegados ou outros representantes, deve contar também com as assessorias técnicas representadas pelos jornalistas, advogados, médicos e formadores etc. As assessorias médicas participam ativamente, tanto nas atribuições políticas, quanto na estrutura dessas comissões.

Assim, com a descrição acima, ficam delineadas as linhas gerais do contexto ao qual estão referidas as narrativas dos dois médicos do trabalho de dois grandes sindicatos na Bahia, apresentadas a seguir.

## **Gregório**

*O banco privado começou... demitia, e depois falava: "Entra na Justiça!"*.

Assessor médico de um sindicato de trabalhadores bancários há mais de dez anos, Gregório nos revela que, desde o curso de graduação em medicina, "sempre quis ser clínico, mas sempre quis atuar em prevenção". Afirmar que sua formação médica foi rigorosa e "excelente", generalista, com estágios na clínica, cirurgia e medicina preventiva, sempre contrária à especialização precoce. Nessa época, diz, "Minha vontade era ser clínico; minha idéia era ir para o interior, isto era muito forte".

Entretanto, na primeira metade da década de 1980, logo após ter aberto um consultório de clínica geral, ele foi contratado para trabalhar como médico de um sindicato de trabalhadores industriais da Região Metropolitana de Salvador (RMS). A partir disso, e com as mudanças que ocorreram nas práticas sindicais dessa época, muda sua concepção do que era ser "médico de sindicato" – o que ele constata em sua própria história profissional, analisando seu trabalho nesse sindicato industrial,

durante a década de 1980, e no sindicato de bancários, a partir do início dos anos 1990:

O sindicato tinha médicos clínicos, ginecologistas, pediatras, dentistas e tudo isso implicava num investimento financeiro pesado, pois tudo era sustentado basicamente pelo sindicato. Começou a haver processos de transformação do trabalho, apareceram novas tecnologias na área e começou-se a reduzir o número de bancários.

Por outro lado, grande parte dos bancos passou a ter convênios médicos e esses convênios passaram a ser melhores, do ponto de vista da assistência, do que o próprio atendimento ambulatorial que o sindicato oferecia. Então, a partir daí, veio a proposta de tirar essa parte assistencial e abriu um tipo de licitação para contratar um profissional que pudesse atuar em termos de assessoria e consultoria, que pudesse atuar na parte ocupacional.

Essa transformação da oferta médica sindical aos trabalhadores – do "assistencialismo" ao modelo de "assessor e consultor da parte ocupacional" – representa uma ruptura na função ou no papel do médico do trabalho dentro dos sindicatos. Passa a haver uma diminuição da demanda do médico clínico e o fortalecimento da necessidade de uma medicina preventiva e ocupacional que integrasse o contexto da luta política sindical pela melhoria das condições de trabalho, saúde e previdência, isto é, condições relativas a "saúde do trabalhador".

Pergunto especificamente sobre a LER/DORT nesse período, na Bahia, e Gregório lembra que "tudo começou" no início dos anos 1990, época em que observou os primeiros casos dessa doença entre trabalhadores da empresa W, uma indústria estatal que o contratara nessa época, e entre trabalhadores bancários que o procuravam no sindicato:

Na W, tinha um grupo de digitadores que começou a aparecer com tenossinovites, tendinites, e eu comecei a acompanhar também os primeiros casos no sindicato. Esses primeiros casos eram extremamente visíveis, porque eram decorrentes de longos anos de digitação, com quadros clínicos bem estabelecidos, para os quais foram emitidas CAT.

O olhar do médico do trabalho, informado pelo conhecimento da trajetória nacional dos digitadores na luta relativa à tenossinovite, perquire os locais e as condições de trabalho (Gregório conta que "todo o processo veio do Sul", para a Bahia e demais lugares do país), principalmente nos bancos públicos, cujas dependências eram mais acessíveis ao sindicato que no caso dos bancos privados. Gregório lembra algumas experiências iniciais com os digitadores do banco público em Salvador:

Eram salas imensas, com filas e filas de digitadores, um em frente do outro, como em escolas, digitando o tempo todo, nem se moviam. Você entrava na sala, fria pelo ar condicionado, e eles digitando... O sindicato então começou a intensificar a divulgação, através de cartilha, seminários de saúde, começou-se a divulgar na categoria que existia um problema chamado LER, que estava relacionado ao trabalho e descrevia os sintomas.

A "medicina sindical" procura, na época, identificar "os novos casos" da doença e divulgá-la, pois para sua prevenção é preciso que todo trabalhador susceptível saiba o que é a nova enfermidade:

O primeiro caso que eu peguei era uma pessoa, era uma mulher que o marido leu o folheto que ele tinha recebido sobre LER e falou assim "o que você tem é isso aqui" e a trouxe aqui para um exame. Começaram a aparecer, então, para se consultarem, pessoas que já se encontravam em tratamento durante meses ou anos, afastados e aposentados por incapacidade, muitos com deformidades ou seqüelas de cirurgias que só agravaram a situação, mas sem considerar o nexo desse sofrimento com a ocupação.

Mas, além desses casos de diagnóstico fácil e de incapacidade funcional bem visível, existiam outros que, mesmo com a ocupação reconhecida "de modo epidemiológico" como causadora da doença, a avaliação clínica era pobre e requeria a experiência de colegas especialistas ou o auxílio de tecnologias médicas mais aprofundadas. Nessas ocasiões, relata Gregório, era angustiante ver o desconhecimento da classe médica em geral com relação ao fenômeno da LER/DORT:

Quer dizer, era uma outra questão fazer o exame físico, o exame neurológico de LER e solicitar exames num momento em que a



própria ultra-sonografia estava se difundindo, a eletroneuromiografia estava se iniciando aqui na Bahia, os profissionais não tinham nenhum conhecimento, era só pura especialidade. Ortopedista, reumatologista, neurologista, os especialistas recebiam aquilo, faziam exames, tratavam como se fossem patologias sem nenhum tipo de relacionamento com o trabalho.

Faziam a imobilização, davam um atestado médico para afastamento do trabalho, uma semana ou quinze dias, e a partir daí a pessoa retornava ao trabalho, continuava trabalhando dentro de um processo lento de agravamento... Era dado um diagnóstico clínico, com exames ou não, mas um diagnóstico só clínico. O tratamento era um tratamento correto, mas não se via qual era a causa daquilo. Então os primeiros casos foram assim e começou a ter em um número grande... Às vezes eu mandava um paciente para ser avaliado por quatro especialistas.

Nessa época, prossegue o relato de Gregório, as tendinites, tenossinovites, epicondilites, síndromes do túnel do carpo e outras patologias, hoje caracterizadas como doença do trabalho ou LER/DORT, eram diagnosticadas e tratadas pelos respectivos especialistas (ortopedista, reumatologista ou neurologista), sem qualquer menção à possível etiologia ocupacional ou referência ao médico do trabalho.

O sindicato começa, então, lembra ele, a realizar seminários para divulgar a doença, principalmente nos bancos públicos (onde havia maior receptividade à discussão), em reuniões e oficinas de CIPAs (Comissão Interna de Prevenção de Acidentes), e junto a médicos que eram convidados para palestras em oportunidades como as "Semanas de Saúde", que os bancos organizavam. Além desse contexto bancário, os debates sobre LER/DORT também passaram a ter lugar nos órgãos públicos: "Eu sempre mantive contatos com a DRT, com a FUNDACENTRO", e participava de seminários e de congressos, [já que] nos congressos médicos também já começava a surgir o problema, já se discutia a questão da LER".

Assim, conclui, o conhecimento da doença difundiu-se, aos poucos, e apesar das dificuldades sedimentou-se não só entre os médicos, mas também entre os trabalhadores das categorias profissionais mais atingidas:

Hoje, a maioria das pessoas já faz sua própria avaliação médica. [...] tem um conjunto muito grande de ortopedistas que já pede uma avaliação de conjunto [clínica e ocupacional]. E não é com o objetivo de descaracterizar a doença. Ele aprendeu ao longo desses anos. E também a avaliação clínica melhorou muito, o pessoal já está fazendo uma avaliação clínica mais apurada.

Perguntado sobre o tipo de assistência que oferece, atualmente, aos pacientes com LER que o procuram como médico do trabalho e assessor sindical, Gregório aponta, primeiro, o fato de que a categoria profissional bancária dispõe de amplo acesso à rede médica privada, através de convênios subsidiados pelos bancos, os quais lhe permitem a utilização de consultas com especialistas, exames e outras tecnologias especiais de diagnóstico e terapêutica para doenças osteomusculares. Por isso, diz, "a gente trabalha mais em termos de consultoria, serve mais como consultor da pessoa". A seguir, descreve o modo como isto ocorre:

Hoje, normalmente, o conjunto dos bancários, antes de passar aqui, já procura ir a um ortopedista, já procura um reumatologista, um neurologista. Eles já conhecem a doença e já vem com alguns exames. Mas tem acontecido da pessoa chegar aqui buscando só uma orientação e sem nenhum exame. Também ficou comum, a partir de 2002, 2003, eles procurarem o serviço médico do sindicato quando são demitidos.

Hoje tem uma política de demissão nos bancos para as pessoas que têm mais de quinze anos de trabalho. Então tem muita demissão. Um banco privado demite um sujeito que tinha anos de trabalho, que começava a subir na carreira, mas o banco foi comprado... Então, a partir daí começam a ser demitidos, tem essa política de demissão do pessoal mais antigo.

Então, tem muita gente assim: "Fui demitido hoje, estou com isso, com dor, fizeram inclusive exames prévios" e, com isso, a gente faz uma avaliação tanto clínica como física e já pede exames. Então, é a parte que pede, mas a gente não acompanha: "Olha, você foi

demitido, você já vai fazer esses exames”; marca um ortopedista, pra poder fazer uma avaliação.

Assim, situado no ambulatório sindical, Gregório pode observar o movimento dos trabalhadores no contexto das mudanças macroeconômicas dos bancos; ouve as levas de demitidos que se queixam dos mais variados incômodos – dores antigas que vem sendo atenuadas pelo uso de medicação, alongamentos, fisioterapias – e que só no momento da demissão encontram, no consultório, liberdade para se expressarem. Ele avalia, entretanto, que hoje há uma situação mais favorável, do ponto de vista dos trabalhadores, apesar de alguns médicos ainda negarem a relação da doença com o trabalho bancário ou tentarem estabelecer outras formas de relação etiológica:

Têm profissionais que ainda negam, mas, no conjunto, hoje, já têm muitos que, inclusive, vão um pouco além, sugerindo que o banco analise a situação e emita a CAT. Não falam especificamente que é ligado ao trabalho, mas mandam encaminhar para o médico do trabalho da empresa avaliar etc. Mas já tem uma concepção de que é ligado ao trabalho. Isso não é um grupo pequeno não. Agora, surge também uma corrente que tenta descaracterizar, tanto por problemas de tireóide, diabete, gravidez ou um outro problema qualquer, tenta descaracterizar e negar que a doença é provocada pelo trabalho.

Gregório comenta que essa concorrência etiológica (facilmente refutável, vale acrescentar, pois não vê o fenômeno como resultado de uma concausalidade<sup>48</sup>) torna-se mais complicada quando a discordância é interna à própria clínica, como ocorre, por exemplo, no caso da fibromialgia, cujo questionamento "começou por um grupo de reumatologistas de São Paulo e Minas Gerais" e "parece que está tendendo a se ampliar um pouco, eles sempre discutem isso, hoje já com uma certa força". Contudo, considera ele, a pergunta que persiste na clínica é a relação de causalidade da doença com o trabalho:

O problema todo é que mesmo que a pessoa tenha um hipotireoidismo, que tenha uma fratura prévia de membro, que tenha uma série de coisas, o problema todo, a pergunta básica é a seguinte:

---

<sup>48</sup> Conceito previdenciário que pressupõe uma multiplicidade de fatores causais para um evento mórbido ou doença.

o trabalho tem contribuído ou não para que a patologia seja agravada?

Então, do ponto de vista ocupacional, legal, não é um problema maior, mas as empresas e as perícias, mesmo os peritos, hoje, quando relacionam que um problema pode ser ligado ao trabalho, põem um contraponto e aí fica se dando atenção à parte judicial, porque é difícil a pessoa falar que o trabalho não agrava a doença.

Além desse aspecto teórico do conflito sobre a relação entre a doença e o trabalho, que Gregório deve obrigatoriamente acompanhar, há o enorme problema da clínica em lidar com a dor crônica. A subjetividade da dor e da incapacidade e o caráter da responsabilidade acidentária da LER abrem um campo muito fértil de reflexão sobre o problema da coerência do médico e da valorização desse sintoma na ausência de outros elementos clínicos na abordagem de um paciente. Gregório nos faz ver que esse conflito se dilui quando se tem como perspectiva, não a objetividade clínica, mas a "sensação da pessoa":

O grande problema é que o paciente sentindo, reflete, de uma forma ou de outra, um nível de insatisfação, de desconforto no trabalho que pode não ser exatamente a caracterização clínica da patologia, mas a própria dinâmica do trabalho que gera desconforto. Por isso, a gente está procurando trabalhar mais com a sensação da pessoa. Por exemplo, se aqui está quente ou está frio, metade diz que está quente e a outra metade diz que está frio. Essa sensação própria da pessoa, do sentimento de ser diferente de cada um, faz com que as reações sejam diferentes. Muitas vezes, mesmo que num nível do inconsciente, a pessoa refere sintomas. E, na avaliação física não existe nada, é uma fase tão inicial que o que você tem que fazer é o seguinte.

A percepção clínica que permite a Gregório ter a "experiência das séries" (Foucault, 1994) imagina os passos do drama desses trabalhadores durante o processo de transformação do sofrimento em dor e da dor em doença: no início é o medo, a angústia sobre a continuidade da vida ou do *self*, que se instaura como questão existencial fundamental, a finitude sob o manto da indignação; "no início, as pessoas não querem se afastar [do trabalho]", afirma Gregório. "Mas querem o diagnóstico", provoco. Ele responde:

Querem e ao mesmo tempo têm um certo receio: “– Será que eu tenho isso mesmo? Não pode ser! Porque eu não trabalho tanto, eu não digito tanto”. Eles associam muito à digitação. Eles dizem: “– Eu sigo todas as normas”. Então há um medo do afastamento, as pessoas têm medo.

Então, no caso da W, ou no banco público B ou no C, não era medo de ser demitido, mas era medo por não querer se afastar, porque quase sempre são pessoas altamente positivas. Sendo altamente positivas, não querem se afastar. “Eu nunca me afastei, por que eu tenho que me afastar agora?”.

Essa situação é diferente quando se trata de empregados de bancos públicos e privados, esclarece Gregório, quando lhe peço para comparar suas experiências com esses dois tipos de empresa:

Vi isso no período da chamada privatização, esse período foi extremamente danoso. Por exemplo, quando o banco G privatizou, foram dezenas e dezenas de casos procurando o sindicato e dizendo: “Olha, não era questão da doença ter aparecido agora não, tenho exames de dois, três, quatro anos”. As pessoas vinham fazendo e guardando exames, guardando atestados. E nestes últimos dois anos são os gerentes! São dezenas de gerentes que chegam mostrando atestado, tratamento de RPG, fisioterapia e tudo, porque não mostravam antes. O banco privado começou... demitia, e depois falava: “Entra na Justiça!”.

Gregório reconhece a LER como uma doença especial, em que a experiência da enfermidade surge com uma tensão crescente entre o trabalhador incapacitado e seu trabalho até que ocorre uma ruptura completa. Todo o processo de construção inicial dos sintomas, "o constrangimento da pessoa em não aparecer doente, em não ser doente", "a pessoa não querer se afastar por medo de perder o emprego", a opinião dos colegas, tudo isso faz o trabalhador desenvolver uma "verdadeira ojeriza" a seu ambiente de trabalho, “ele tende a se isolar cada vez mais”. Prossegue:

Esse problema da exclusão é tão forte que a pessoa, muitas vezes, não quer nem voltar na agência do banco aonde trabalha, porque sente trauma mesmo... Eles dizem: “Mas como que eu vou aceitar o pessoal falar assim “Tá doente, mas parece normal”; “Tá até meio queimadinho de sol!”. Eles falam assim: “Como é que você tem LER e

está com o cabelo comprido?” Quer dizer que isso são coisas que marcam muito o pessoal.

Quando se fala em LER, a pessoa já toma como se tivesse peste. Então a pessoa se retrai e esse tipo de retração tem gerado situações constrangedoras... As repercussões mentais da LER, então... Recentemente, a gente fez uma pesquisa com o pessoal já afastado, a grande maioria, 80%, do pessoal afastado já há um bom tempo tem repercussões mentais sérias, comparando com o pessoal que está trabalhando.

Uma grande empatia e abertura aos relatos dos trabalhadores lhe proporcionam também compreender a fragmentação da pessoa em sua experiência da enfermidade e em sua incapacidade em aceitar as novas relações estabelecidas no trabalho, transformações que, "sem estarem ligadas à doença [...] são fundamentalmente ligadas ao afastamento":

Sobre essa sensação de exclusão, o pessoal fala assim: “Olha, você é um inválido, você não consegue fazer nada”. No banco, um gerente diz: “Você não existe, eu não preciso de você aqui, eu preciso de uma pessoa inteira e você é uma meia pessoa”. Ou então: “Não tem mesa pra você, aonde você vai ficar? Já tem uma pessoa no seu lugar”. Então, a pessoa se sente humilhada de todas as formas... Isso está gerando problemas grandes. Por exemplo, a gente tem feito campanhas mostrando que a reabilitação, a readaptação é uma questão fundamental. A gente está fazendo isso com todos os portadores de deficiência; nós queremos que eles se incorporem à sociedade, à vida produtiva e possam ter condições de acessibilidade para poderem trabalhar. Uma pessoa que trabalhou e que tenha um problema de reabilitação, por maior que seja, também tem o mesmo direito de continuar trabalhando e aí a dificuldade das empresas é recebê-los de volta.

Em decorrência, prossegue Gregório, a atuação do médico do sindicato exige que ele atue em diversas frentes; é uma guerra da informação, da conscientização, da política. Por exemplo, diz ele, às vezes uma atuação perante o INSS também se faz necessária. Em alguns casos individuais, "as perícias mais críticas", "o pessoal do departamento de saúde do sindicato" acompanha o trabalhador ao exame pericial. Num plano coletivo, o tipo de atuação mais adotado é dialogar com as instâncias gestoras da previdência:

Fundamentalmente, o que a gente tem procurado quando surge esse tipo de problema é a gente se reunir com a direção do INSS. Então, ao longo dos anos, a prática foi formar comissão do pessoal de LER e ir falar com a direção do INSS; fazer reunião com a superintendência do INSS pra discutir justamente o seguinte: essa política não pode continuar, porque ela é um negócio que não é simplesmente uma avaliação da pessoa.

Simplesmente há peritos que dizem: “Daqui a alguns dias você tem alta”, já marcam antecipadamente, que é uma das alternativas. O pessoal chega no banco ou na empresa e a própria empresa entra em conflito com o INSS. Não é tão comum, mas é uma coisa assim que existe. E com a pessoa muito mais! Porque a pessoa começa a ficar perambulando pelo INSS, para garantir que seja feita a reconsideração pela junta médica, que às vezes é jogada muito pra frente e a pessoa tem que voltar.

Outro problema é o seguinte: o retorno. Mesmo que a pessoa tenha uma certa limitação, que vai ser mais ou menos permanente, depois de um ano e meio, dois de afastamento, como vai entrar no banco? “Que tipo de atividade vou fazer?”. Se você tem várias alternativas [...] ela pode efetivamente realizar um trabalho em 8h, mas com 1/3 da carga. Agora esse 1/3 da carga alivia, por exemplo, o trabalho de duas outras pessoas de 8h [...] quer dizer, contribui para o equilíbrio do conjunto.

Então é uma grande dificuldade que se tem nesse retorno porque o pessoal fica assim: “No banco, o que é que eu faço?”. Caixa normalmente tem dois, três caixas por banco; você não tem um por agência. Aí tem uma fila imensa e a pessoa tem que atender enquanto tiver pessoal. Então qual alternativa que tem? Você não tem outra alternativa a não ser ter mais caixas e eles não querem, pois é um problema de custo. O que teria que ser, do ponto de vista preventivo, era ter um número maior de caixas.

Uma outra questão controversa discutida por Gregório foi a simulação. Ele não se lembra de ter atendido no sindicato paciente algum simulando doença para “aferir vantagens” ou “ganhos secundários”, como diz o jargão médico. Recorda-se, entretanto, de certos pacientes que o procuraram com queixas, nos quais não encontrou doença, e acredita que tais sintomas decorram principalmente do medo do adoecimento ou da demissão:

Têm pessoas que ficam com tanto medo, porque trabalham numa agência de banco que tem três, quatro casos de LER, e pensam assim: "O próximo sou eu". O medo de ser demitido é tão grande que eles chegam pra gente e dizem: "Eu estou sentindo alguma coisa". Você faz o exame clínico e não tem nada, você fala assim: "Olha, não tem nada clinicamente. O que é que está acontecendo?"; "Não, eu estou com medo", respondem.

É bom ressaltar, entretanto, que em "seus treze anos de experiência foram raríssimos casos desse tipo". Gregório confia plenamente em sua habilidade clínica, acredita na eficácia dessa capacidade e considera, inclusive, como o médico deve observar outros fatores de risco, como atividades extra-emprego e trabalho doméstico, na correlação entre causa, diagnóstico e incapacidade na interpretação da pessoa:

Agora, o médico tem que observar tudo, fazer todas as perguntas. Por exemplo, atividade fora do emprego. Normalmente, a pessoa fala: "Estou fazendo curso, fazendo universidade". "Como é que é?", você pergunta, ela diz, "Não, eu costumo não fazer nada na sala de aula, não faço anotação. Eu tiro fotocópia...". Quando você começa a perguntar... Trabalho doméstico: "Tem empregada?", "Tem máquina de lavar roupa?", "Mora com quem?" Porque você precisa ter uma idéia da atividade doméstica da pessoa para orientar. E você tem uma série de coisas, por exemplo, o cabelo. Chega uma mulher, você pergunta: "Você tem dificuldade de fazer alguma coisa?". "Ah, tenho dificuldade de bater bolo" e tal. "E esse seu cabelo, com o que você faz?". Resposta comum: "Meu marido não deixou que eu cortasse. Eu não consigo lavar, ele é quem lava", ou "Minha mãe é quem lava".

Então você faz uma série de perguntas que revelam o próprio grau da invalidez. [...] isso aí é feito rotineiramente, pra poder ter uma idéia... A mesma coisa quando a pessoa não fez exame de laboratório, porque às vezes o outro médico não pede. A gente pede os exames pra ver tireóide e tudo, pra poder garantir que a pessoa não é portadora de outra doença...

Para ilustrar, exhibe uma ficha médica e lê suas anotações sobre um caso clínico qualquer:

Estuda Administração desde agosto de 2004, trabalha cinco dias, não digita, não faz anotações devido à dor. Não tem empregada. Não consegue varrer nem passar roupa. Tem máquina de lavar. Não desenvolve atividades domésticas, quer dizer, aqui, mora com os



pais... "Incomoda não passar roupa, não poder digitar, não fazer o trabalho". Perdeu força muscular, não consegue pentear o cabelo e escovar os dentes. Faz fisioterapia. Não faz uso de medicação. Aqui é um caso particular, tem contrações musculares no quinto quirodáctilo da mão direita, dor à palpação no meio do cotovelo, dor à palpação na região hipotênar, quer dizer, é um caso indefinido. Mas isso tudo se registra pra ver como é que é. Daí vem a emissão de CAT. A gente primeiro entra em contato com o banco, pedindo pro banco emitir. Nesse caso aqui o banco diz que não é.

Toda discordância é documentada, já que o conflito é sempre possível, principalmente, diz Gregório, pelo caráter subjetivo da dor e pelos medos relacionados com cada situação de trabalho e com as possibilidades da vida de cada paciente. Prossegue:

O problema da dor, da intensidade da dor já é diferente. A pessoa pode sentir mais ou pode sentir menos e há as repercussões mentais que têm todo esse conjunto de exclusão, de medo. Medo de retornar ao trabalho e ser demitido, medo de voltar e não conseguir fazer as coisas, medo de não conseguir pegar o filho em casa. Então é um conjunto de situações que afetam como a pessoa vivencia a dor e a própria sintomatologia. Essa parte de exclusão é uma coisa que marca muito e é difícil avaliar a dor que cada um sente.

Por fim, questionado sobre o *status* atual da credibilidade da LER/DORT no mundo de trabalho bancário, afirma:

O problema é principalmente os gerentes. A gente tem feito campanhas de esclarecimento, tem feito palestras – eu mesmo fiz uma palestra sexta-feira passada na Câmara Municipal de Salvador sobre LER/DORT. Uma das propostas era: LER/DORT existe. Então, ainda é necessário provar que é uma patologia existente e que, em muitos casos, está relacionada com o trabalho.

## Alberto

*As pessoas procuram o sindicato muito perdidas. Por incrível que pareça, por mais que tenha uma ação sindical, mais o entendimento da relação da doença com o trabalho ainda não é visto...*

Assessor de um sindicato com milhares de trabalhadores de serviços de comunicação em Salvador, Alberto lembra que, desde sua graduação, há cerca de vinte anos, tem sido um crítico "à forma bastante autoritária e fragmentada como é ensinada a medicina" e a prática médica. A partir do penúltimo ano do curso, entretanto, decidiu dedicar-se de modo assíduo à clínica e a um "internato" no qual "era responsável, individualmente, por oito leitos pelos quais tinha que passar diariamente; trabalhava sábado, domingo, chegava sete e saía cinco horas da tarde". Ou seja, "eu fiz uma imersão completa na área de clínica".

Após a graduação, resolveu "fazer algo diferente" e na época a valorização da medicina preventiva era "um sentimento muito forte" e se associava "a uma visão crítica em relação à medicina" e "eu embarquei nessa", diz. Foi para o Sul, cursar a especialização (residência):

A minha residência não tinha ênfase na área clínica, eram mais discussões, planejamento da área de saúde pública e da área de saúde ocupacional também. Fiz o primeiro ano em Medicina preventiva e, no segundo, tinha que fazer uma opção. Então eu tive uma relação com o PT, lá de M, me envolvi com um grupo muito interessante e tinha uma pessoa que foi fundamental pra minha vida nessa área, um médico chamado Z, que fazia uma discussão bem mais ampla nessa área da saúde do trabalhador, abordava a questão do trabalho, apresentava Asa Laurell, praticamente pioneira no Brasil. Então ele tinha um conhecimento grande e eu optei por fazer o meu segundo ano com ele, no sindicato dos metalúrgicos de C e lá no sindicato S de M.

Assim, passa a viver as experiências políticas partidária e sindical de saúde. Nessa época, ainda não havia regulamentação para a "tenossinovite dos digitadores" e,

lembra, ainda não havia aflorado a síndrome dos digitadores dos bancos. Terminada a residência, Alberto "retirou-se do campo momentaneamente, por questão de emprego", e trabalhou, sempre como clínico geral, durante dois anos em dois ambulatórios médicos públicos. Retornou à Bahia, fez mestrado em medicina do trabalho e ingressou na vigilância sanitária pública ("eu fiquei lá uns dois a três anos, mas o projeto de saúde do trabalhador não emplacou"). Pouco tempo depois, ingressou na Y, uma grande indústria química pública, onde trabalhou por vários anos, no cargo de médico do trabalho.

Na narrativa de sua vida profissional, ele destaca como fundamentais três experiências vinculadas à LER/DORT nessa ocasião. A primeira ocorreu no âmbito de uma assessoria em "saúde do trabalhador" que realizou para um grande sindicato no início dos anos 1990; as outras duas, durante seu vínculo profissional com a empresa Y. A assessoria no sindicato, cujos trabalhadores pertenciam a uma empresa estatal, permitiu-lhe um acesso direto à empresa e aos empregados:

Eu e H, que é psicóloga, demos assessoria ao sindicato S. Naquele momento, como a base [os trabalhadores] era de uma estatal, nós conseguimos fazer um estudo pioneiro sobre condição de trabalho e saúde, usando o modelo italiano. A gente ia na empresa, fazia discussão com grupo de trabalhadores, a gente conseguia – era impressionante – fechar aquela unidade momentaneamente e passava uma, duas horas discutindo o trabalho variado desses trabalhadores.

Então, a gente começou a identificar que estava surgindo uma epidemia de doenças, caso não se mudasse o trabalho, principalmente a área de telefonia. Então, assim, a gente identificava que tinha toda uma tecnologia surgindo, mas tinha também o trabalho manual de botar o fio no lugar para atender ao telefone, tinha a questão de uma lista telefônica grande que eles manipulavam, entendeu?

Então fizemos um dossiê e entregamos ao sindicato, fizemos algumas audiências junto ao Ministério Público. Mas teve uma briga interna e nós saímos do sindicato. Mas deixamos um dossiê apontando toda uma perspectiva de epidemia da LER que estava surgindo. Não deu outra. Quando nós saímos, surgiu a epidemia, foram afastados mais de 300 trabalhadores com diagnóstico de LER.

A segunda experiência foi com trabalhadores industriais da empresa Y, que haviam desenvolvido "hérnia de disco lombar"<sup>49</sup>, os quais foram assistidos por uma equipe multidisciplinar dentro da própria empresa e reinseridos gradativamente em suas antigas atividades:

Esses trabalhadores eram absenteístas típicos e eu propus à empresa trabalhar esse grupo de forma diferenciada, de oferecer uma assistência do ponto de vista de fisioterapia, hidroginástica, hidroterapia, com a supervisão de um fisioterapeuta, uma endocrinologista, com um professor de educação física e um ortopedista de coluna.

Aí nós fizemos um programa em que nós propiciávamos todos esses cuidados e mais uma hora diária do seu tempo de trabalho, que ele era liberado para trabalhar no clube da empresa [...], das onze ao meio-dia. Começamos a monitorar isso e foi uma reação fantástica, porque eles começaram a emagrecer, reforçaram a musculatura do abdômen, diminuíram o absenteísmo, então foi uma coisa super bonita.

A terceira experiência foi desenvolvida com um grupo de trabalhadores de escritório e de manutenção mecânica, empregados da Y que tinham o diagnóstico de LER:

Eu consegui pegar principalmente um pessoal que trabalhava no setor de contas, que era um setor de trabalho enorme e onde havia uma epidemia de trabalhadores portadores dessa doença, porque eles trabalhavam muito tempo com picos, cobranças de relatório mensal, então eles trabalhavam até meia-noite. Então, nós conseguimos pegar esses trabalhadores, além de outros trabalhadores do setor de mecânica, eu trabalhei com a assistente social, fizemos um grupo a partir de dentro da empresa, mas tentando conservar todo o espaço, tentando não sair nada daquele espaço de convivência existente em relação à gerência. Foi também uma experiência muito interessante aonde aflorou de tudo.

No primeiro momento foi um momento de crise, de desconfiança dos trabalhadores, tanto [em relação ao] médico quanto [à] assistente social. Obter essa confiança, ao longo do tempo, foi uma verdadeira catarse, me envolvi, chorava durante as reuniões... porque eram

---

<sup>49</sup> Doença que também é considerada pela Previdência Social como acidente do trabalho, quando ocorre exposição do trabalhador a posições e movimentos forçados no trabalho, como é o caso de certos operadores industriais.

sofrimentos enormes! Eram pessoas muito produtivas, mas que, ao longo do tempo, estavam sendo descartadas pela empresa, ao mesmo tempo havia uma pressão para elas não saírem da produção, da atividade, mas não tinha o mesmo papel como elas tinham antes. Então, foi uma coisa muito rica, muito rica em vivenciar esses outros espaços da LER, não só de vivenciar a clínica em si.

A gente fazia o diagnóstico, mas o mais importante era a reinserção dessas pessoas no seu espaço de trabalho e era muito doloroso... Outro dia, uma pessoa me abraçou chorando, eu nem me lembrava dela, ela tinha participado desse grupo de LER e ela fez assim: “Pôxa, Alberto, foi tão importante! Porque nós estávamos completamente perdidos, sem rumo, sem espaço”, eram 12 ou 15 pessoas que participavam, a maioria mulheres, e passaram cinco, seis meses nisso e construíram um rumo dentro da empresa. A maioria [...] se re-inseriu, e uma coisa interessante, se politizaram, bancaram um movimento, se juntaram ao sindicato e obrigaram a empresa a inverter essa questão do afastamento, da não absorção. Foi uma coisa [em] que eu me envolvi bastante nessas duas experiências.

A partir dos últimos anos da década de 1990, Alberto assume a condição de médico do trabalho e assessor sindical permanente. Em seu “ambulatório de sindicato”, informa que atende durante um turno semanal, faz em média dez consultas por vez, em uma jornada que se estende, freqüentemente, por mais de seis horas de trabalho. Sua narrativa é perpassada pela convicção de que lhe cabe, como médico, um papel educativo e bem distanciado do modelo assistencialista dos ambulatórios de sindicato que floresceram durante o Período Militar (conforme vimos também com Gregório):

Nós criamos o ambulatório na perspectiva de não ter uma visão assistencialista. Então a gente não tem nem maca, nada disso. O que a gente faz lá é avaliar os problemas de saúde, que nível de investigação está existindo, como tem sido a relação com a empresa, se a empresa está acompanhando ou não, qual a postura da empresa e também ver a questão da Previdência Social, do afastamento, do retorno ao trabalho. Então é uma perspectiva de orientação e de exigências dos direitos trabalhistas e previdenciários, principalmente desses sindicalizados. Então, é nessa perspectiva que eu trabalho lá no sindicato.

Em suma, a tarefa que assumiu para si é, sobretudo, de controle direto, tanto da qualidade da assistência médica e da responsabilidade e apoio da empresa para o empregado, quanto da garantia do direito previdenciário ao segurado e de uma prática educativa e política de "esclarecimento" referente ao seu sofrimento e adoecimento.

A demanda que gerou seu emprego nos mostra uma outra necessidade que se apresenta à medicina do trabalho e à categoria dos trabalhadores – a interveniência médica face às demissões e transferências em massa de trabalhadores em grandes empresas. Ele conta:

O que é que mudou nessa época? Mudou o seguinte: o monopólio foi quebrado e as empresas foram privatizadas. A T, principalmente a T, já tinha, naquela época, um comando privatista que fez todo um preparo para a empresa ser privatizada. [...] Então a empresa começa a se preparar pra resolver o seu passivo trabalhista. Então, o que foi que ela fez? Contratou uma empresa, com um médico do trabalho, um assistente social, e essa empresa começou a ter uma relação com a Previdência, a incentivar e a acelerar os processos de alta médica, e essas altas eram dadas sem nenhuma perspectiva concreta de onde essas pessoas iriam se inserir.

Voltavam a rodo, assim, grande quantidade dessas pessoas começaram a voltar [ao trabalho] e nós vimos para quê. Para serem demitidas depois e a empresa resolver suas pendências trabalhistas. Então, entrei nisso. A empresa privatiza e demite quase mil trabalhadores de vez, a quarta parte do total dos empregados. Foi uma demanda do sindicato, eles estavam na urgência das demissões, precisavam de assessoria médica que pudesse ajudá-los... e foi outro caos! Fazia fila de pessoas que estavam sendo demitidas, na frente do sindicato e, prioritariamente, portadores de doenças ocupacional, que dentro da empresa eram, prioritariamente, os portadores de LER. Foi impressionante!

Eu tenho dossiê disso, eu fui a Brasília com o deputado X, conversei com o Presidente do INSS na época, fizemos movimentos, fizemos manifestação na porta da Polícia Federal. Vivenciei momentos dramáticos! E essas pessoas foram demitidas, algumas delas conseguiram voltar depois pra Previdência [...], mas uma boa parte delas foi demitida da empresa, sem nenhum apoio institucional, ou

seja, a empresa resolveu seu problema de LER ao demitir maciçamente seus portadores.

Assim, especialmente nessa função de médico do trabalho, torna-se exigível que, para além do consultório estritamente considerado, o médico esteja atento ao desdobrar das mudanças políticas e tecnológicas do mundo do trabalho e seus efeitos sobre a saúde dos trabalhadores. Neste sentido, Alberto relata que as atividades desenvolvidas preliminarmente pela empresa estatal foram fragmentadas aos poucos até pulverizarem-se em dezenas de novas empresas, mudando completamente o perfil dos trabalhadores e o caráter do adoecimento:

A atividade de C foi terceirizada, os técnicos de T, as telefonistas começaram a não existir mais, as empresas começaram a montar atividades terceirizadas. Surgem a empresa A, a B, a C, então a gente vê surgir, em lugar da telefonista, o call center. Aí muda muito o processo de trabalho, tem mais sutileza na forma... Assim, a intensidade aumenta, o ritmo de trabalho aumenta, o controle aumenta e essas pessoas não conseguem mais ser identificadas como telefonistas.

O call center é uma coisa assim, alheia, etérea, do ponto de vista de um ramo de atividade. Antes era muito marcante a questão da telefonista, era uma profissão: "Eu sou telefonista". Hoje elas dizem, é "eu sou teleoperadora", mas não tem assim aquela marca profunda de uma profissão. As empresas valeram-se disso no sentido de não reconhecer, de não ter nenhum atendimento do ponto de vista das recomendações trabalhistas nessa área, não há pausas na jornada.

O discurso do olhar sindical acompanha a mudança de contextos macroeconômicos que se refletem nas empresas e diagnostica as transformações da organização e das relações de trabalho, assim como as novas formas de sofrer e adoecer dos trabalhadores:

Eu acompanhei também o surgimento dessas empresas e a nova produção de doença ocupacional, um novo perfil. Enquanto lá na antiga T eu lidava com senhoras quarentonas, cinquentonas, pessoas que tinham vivenciado 20, 30 anos de telefonistas, agora lido com pessoas universitárias com 20 anos, 23 anos de idade, que têm uma rotatividade de dois a três anos no emprego, então assim, estão vivenciando LER com uma outra perspectiva.

Eu tenho o arquivo médico, tanto das telefonistas quanto arquivo médico das operadoras de tele-atendimentos. Mas eu noto, também, que os padrões de adoecimento osteomuscular são aparentemente diferenciados. Assim, nessas pessoas telefonistas eu tinha doenças mais crônicas, doenças que levavam mais tempo, quatro, cinco anos para surgirem. Agora você observa um quadro mais agudo, o tempo de aparecimento entre a exposição e a doença é muito mais rápido.

Aos poucos, a percepção vê cada vez mais outras dimensões do fenômeno e interroga novas formas de adoecimento que tenta configurar pela medicina. O olhar médico observa que as jovens pacientes possuem queixas que não se enquadram nas velhas classificações já definidas para entender a doença. Ele reitera que novos ritmos e espaços de trabalho, com novas exigências mentais e corporais, necessariamente modificam os quadros clínicos tradicionais conhecidos através de experiências clínicas e epidemiológicas com trabalhadores de outros setores ocupacionais:

Há uma mudança assim da forma de aparecimento da doença. Como os trabalhadores têm medo de serem demitidos, mas também como há uma alta rotatividade, eles me procuram antes desse período de dois anos, que geralmente é a rotatividade dele. Então eles já apresentam um quadro [...] instalado, mas não um quadro com a gravidade como eu observava anteriormente nas telefonistas.

Agora são tendinites, tenossinovites, bastante síndrome do túnel do carpo, que acometem principalmente os punhos, as mãos... Na questão das "braquialgias", a gente não conseguiu adiantar muito. Parece que há uma vontade, um desejo dos médicos do trabalho de não reconhecê-la, a Previdência também, de não reconhecerem isso! É uma coisa ilógica!

No meu ambulatório, que eu atendo lá no sindicato, isso é o que se faz mais presente, mais do que a STC. São as dores na região cervical, com irradiação para os membros superiores, aquela dor cansada, como um queimo, com crises que o pessoal chama de torcicolo. É um quadro [clínico] muito mais rico do que o quadro de síndrome do túnel do carpo.

Eu acho que há um atraso de reconhecimento dessa área. Não pode ser só aquele padrão de que só pode apresentar isso quem pega peso, quem põe carga sobre a cabeça, e não se consegue encaixar essas manifestações numa pessoa que leva seis a oito horas parada, mirando um monitor e completamente envolvida no trabalho tátil.



A história natural da LER/DORT entre tais trabalhadores, vista a partir do sindicato, mostra que as dores ósteo-musculares iniciam-se muito cedo nesses trabalhadores, mas mostram também que elas são muitas vezes negligenciadas, escamoteadas ou são motivo para demissões, por parte das empresas, tornando-se parte da experiência da enfermidade a luta e o enfrentamento para caracterização do nexos com o trabalho junto à perícia médica do INSS:

Veja [...] as pessoas que estão identificando o problema, que estão ficando incapazes e a empresa não demite e encaminha para a Previdência, mas encaminha como benefício comum, como doença comum. Então, eu acho que o número de pessoas que estão sendo demitidas ou que foram demitidas, mas também um número grande de empresas que os sindicatos têm uma ação forte e pesada e não permitem essa prática sistemática de demissão.

Então, chegam ao sindicato pessoas com quadros já instalados que estão sendo encaminhados para a Previdência Social. Eu estava falando outro dia que é uma visão muito cômoda. A empresa já não se preocupa com essas pessoas, não tem nenhuma preocupação do ponto de vista do tratamento, da recuperação, quem vai fazer a reabilitação.

Eles se preocupam com o diagnóstico, até pra fazer o nexos ou não, mas, geralmente, mesmo com todos os dados lá, bem feitos, do diagnóstico clínico, a maioria das empresas encaminha como uma doença comum. Eu acho que isso é maior que os demitidos. Assim, 40% de pessoas que estão sendo demitidas e 60% que estão sendo encaminhadas para benefício comum da Previdência.

Pautado na convicção de sua tarefa educativa, Alberto crê que sua missão é ajudar os trabalhadores e suas lideranças sindicais a transcenderem suas próprias expectativas em uma nova compreensão da relação entre a realidade do trabalho e o adoecimento:

As pessoas procuram o sindicato muito perdidas. Por incrível que pareça, por mais que tenha uma ação sindical, mais o entendimento da relação da doença com o trabalho ainda não é visto... Claro, eles começam a ter um entendimento, eles dizem: "Estou tendo isso no trabalho", mas é uma coisa que eu acho pouco aprofundada do ponto de vista do conhecimento, da relação da doença com o trabalho, do que é essa doença.... Então, é um público... é um público que

terminou segundo grau! Eu fico até impressionado com isso. Não há um entendimento tanto da patologia, da doença e sua clínica, quanto do nexos.

Então, assim, eles chegam querendo resolver a questão da previdência, a questão do tratamento, e eu vejo que não é uma “prioridade do primeiro momento”... O tratamento é uma coisa ainda muito variada, sem padronização, eles procuram um ortopedista... também há uma variação de condutas, eu não sinto firmeza, são pouquíssimos os que têm o entendimento, que não é uma simples tendinite.

Então eles trabalham muito na perspectiva biomédica mesmo. É uma tendinite, fazem o tratamento fisioterápico padrão, e não se consegue adicionar outras coisas que essas pessoas demandam, tanto do ponto de vista do sofrimento psíquico quanto do tipo que esse pessoal chama de alternativo, acupuntura, massoterapia, que pudesse trabalhar e melhorar esses quadros, nenhuma atividade, relaxamento, nada disso. Então, assim, vai pro ortopedista, então se o ortopedista tem uma visão um pouco acanhada, então eu acho que carece também na perspectiva do tratamento, de um tratamento digno, acertado com essas pessoas.

Em suma, pode-se dizer que transparece, na narrativa de Alberto, um entendimento do trabalhador doente como preso na rede de uma dupla alienação: primeiro, perante a relação entre sofrimento e trabalho, que é vista pelo trabalhador apenas através de sua forma médica, objetivada "como uma tendinite", e não através de uma lente que lhe permita ver suas “relações mais profundas” com o trabalho. Segundo, diante do modelo biomédico em vigor, que aparece como uma possibilidade terapêutica única; neste caso, o trabalhador está cego em uma estrutura de cuidados que pertence justamente ao núcleo mais duro do modelo biomédico, que nem aceita as "terapias alternativas" entre suas possibilidades terapêuticas.

Decorre principalmente dessa crença a "explicação biomédica" completa, totalizante, a valorização dos exames e dos pareceres de especialistas, que vão "naturalizar" a doença. Cabe, entretanto, questionar o tipo de certeza que esses exames, e seus profissionais, oferecem. Vejamos um exemplo que ele utiliza para ilustrar essas convicções:

Olhe bem, eu tive uma experiência com um ortopedista até então desconhecido, mas como ele era uma pessoa diferenciada no sentido de ser uma pessoa humana e por saber lidar com o funcionário, com o paciente, eu descobri essa pessoa, não pessoalmente, descobri pelos relatórios dele, pelas pessoas falarem dele: “Eu gostei do atendimento de Dr. Fulano... ele me ouviu, ele me examinou”. Então, assim, eu comecei a apontá-lo e isso abriu um leque para essa pessoa que eu fiquei impressionado, porque assim, as telefonistas, a maior parte foi pra ele. Então assim, eu recebia muitos relatórios dele. Centenas de casos! Essa pessoa ficou famosa por isso. Era uma pessoa desconhecida do ponto de vista da ortopedia, uma pessoa que não tinha nenhuma projeção, mas se projetou do ponto de vista dos pacientes.

Mas aí eu comecei a descobrir o outro lado. Ele começou uma coisa que não tinha fim. O tratamento com ele não terminava, eu não me lembro de nenhuma perspectiva de alta, de dizer assim: “Olha, você pode voltar a trabalhar, você pode exercer outra atividade”. Todos os relatórios eram relatórios eternos: “Essa pessoa não tem capacidade de trabalhar, tem que se manter afastada”. Ainda observei que, do ponto de vista do tratamento, também ele era muito conservador. Era uma pessoa mais humana, mas havia uma falta nessa área... O sindicato também pode produzir um viés, isso é interessante.

O inverso, apresentado a seguir, aponta para preocupações referentes à ligação do diagnóstico com os interesses da empresa, quanto à definição da doença e sua relação com o trabalho, para fins de avaliar ou mensurar o "risco" jurídico de cada caso:

Por outro lado, quando a empresa está preocupada em fazer um diagnóstico mais fiel, tende a buscar alguns profissionais mais renomados, principalmente na área da ortopedia. Então, eu vejo que boa parte das empresas não tem aquela preocupação de encaminhar para um bom profissional, porque elas não tem preocupação com essas pessoas; acontece muito do ponto de vista daquela empresa que nega onexo, ela tem uma ação para controlar se vai ser doença ocupacional ou não. Aí ela manda pra aquele médico que geralmente é rigoroso.

O resultado negativo do exame que opera, portanto, para indicar toda uma conduta a seguir, a qual ignora os sintomas dos pacientes e as relações desses sintomas com seu trabalho é a “luta” constante referida por Alberto:

O que é cruel é isso: quando se deveria, na verdade, fazer vigilância à saúde a partir desses sintomas iniciais, a empresa, ao não identificar [os sinais] a partir da ultra-sonografia, da eletro-neuromiografia, ela desconhece qualquer problema de saúde e essa pessoa automaticamente retorna pro seu posto de trabalho. Se ela encontra alterações nos exames, adota a conduta de encaminhar para a Previdência ou então tenta demitir, mas ela não tem meio termo. Ou seja, esses sintomas, esses pacientes que trazem sinais iniciais em que não há comprovação do exame complementar, é negado, é desconhecido, como se essas pessoas não tivessem nada. É impressionante! "Ela não tem nada, pode voltar normalmente à atividade que ela vinha fazendo".

Retorno à pergunta sobre as características do exame clínico que realiza em seu ambulatório de sindicato. Alberto reafirma que "não faz clínica", mas "analisa cada caso dentro de um critério epidemiológico mais forte", complementa:

Minha abordagem é a seguinte: é ver alguma coerência do ponto de vista epidemiológico, no que é que eles estão trazendo pra mim, uma coerência de avaliação com alguns especialistas – ortopedistas, reumatologistas, fisiatras... Ver a coerência do ponto de vista do serviço médico da empresa e da história. Então eu faço uma coleta da história ocupacional e da história clínica e vejo os exames.

Assim, o texto narrativo aparece como o elemento principal na totalização do diagnóstico operada pela prática clínica sindical de Alberto. Essa fase da consulta, que consiste na narrativa da enfermidade e do trabalho apresentada pelo doente, deve ser marcada por uma aproximação muito grande entre médico e paciente, para que o doente expresse seu sofrimento sob a forma da verdade de uma doença. Prossegue seu relato, destacando como ambos vivenciam a LER/DORT esse sofrimento durante a narrativa clínica:

Agora, na minha experiência, quando eu posso dedicar uma hora, uma hora e meia ao trabalhador, [observo] que 100% desses trabalhadores que têm um diagnóstico positivo, no momento da consulta eles vão chorar. Quase 100%, você pode dizer até que é conta de mentiroso, mas, na minha experiência, quando eu pude dar espaço à verbalização, numa relação médico/paciente, na consulta, geralmente na primeira consulta, eles choram.

Isso é uma coisa sintomática, no sentido do sofrimento. Está expresso, está marcado nessas pessoas um sofrimento. Sofrimento por quê? Sofrimento pela doença, pela sensação de inutilidade, pelo desconhecimento do que vai ser o seu futuro, pelo estigma da LER, o sofrimento por dificuldade de reinserção. Mas tem uma carga forte de sofrimento, coisa que, por exemplo, não vejo em outras patologias ocupacionais.

Ressalto que é preciso observar seu duplo papel de defensor e médico que, nesse caso, exige, adicionalmente, atenção redobrada para não recair em paternalismo.

Sobre isto, ele diz:

Veja bem, no sindicato, quando os trabalhadores chegam a mim eles querem um defensor intransigente, acrítico, um advogado. Então, num primeiro momento, ele quer que eu assumo tudo dele, toda a perspectiva dele. Até as suas contradições, as responsabilidades de alguns erros que eles tenham, mas eles negam isso, eles acham que eu tenho de resolver junto com ele a demanda dele.

Eles procuram isso e, quando se vêm contrariados, procuram o diretor: "Ó, Dr. Alberto não correspondeu nisso, me falou uma coisa que...". Então é isso. É um exercício [em] que a gente tem que ter mais calma. Eu acho que, no Sindicato, eu tenho que ser mais compreensível porque eles estão com uma demanda maior nessa perspectiva.

Nesse papel, ele considera ainda que deve ponderar, ao paciente, várias perspectivas sobre a doença, ou seja, outros pontos de vista e práticas agenciadas por outras instituições envolvidas no fenômeno da LER/DORT: "Eu fico assim, geralmente em um ou dois momentos eu dou uma contraposição: 'não, eles podem ter razão, o médico da perícia pode ter razão, o médico do CESAT pode ter razão, o próprio médico da empresa pode ter razão'...". Assim, é ele quem dispõe da linguagem adequada ao diálogo com esses vários interlocutores, e age de modo a evitar o confronto aberto e "manter o espírito da paz":

É da minha personalidade, eu sou uma pessoa muito da paz. Tenho uma tradição, uma história muito forte no catolicismo, então eu tenho dificuldade de brigar com as pessoas. Na minha educação teve aquele negócio de dar a face, dar a outra face. Então eu tenho uma postura

muito de estar buscando, quando eu sinto espaço no médico de trabalho, uma interlocução, até se possível de amizade.

Mas esbarra porque eu acho que a maioria tem uma perspectiva outra, não uma perspectiva médica, humanitária, uma perspectiva honesta. Mas está muito vinculado aos interesses da empresa. Então essas pessoas têm uma margem muito pequena de exercer o que a medicina prega, o juramento hipocrático, a questão da ética. A empresa dá uma dinâmica [em] que as pessoas não têm espaço para isso.

Então, eu vejo muito pouco provável uma boa relação do médico com o funcionário, uma falta de relação do ponto de vista de um cuidado maior com o tratamento, do cuidado da fisioterapia. Então, eu vejo o papel do médico que meramente dá nexos: é doença ocupacional ou não? Então, esquece todas as outras práticas de medicina do trabalho.

Tudo bem que eu, na verdade, [a partir do sindicato] eu vou dar uma atenção maior, vou ouvir mais, vou dar um espaço maior de cidadania, mas não vou forjar nenhuma doença, não vou prolongar nenhuma doença, eu vou exigir os seus direitos, os direitos dos trabalhadores. Eu acho que a postura deveria ser um pouco parecida, uma base mínima de relação que eu não vejo no médico da empresa. Então, a minha postura tem sido assim, mas a postura de um médico do sindicato e do médico da empresa tem sido uma guerra, não minha, geralmente eu vou lá, tento conversar.

Em suma, o confronto e o conflito referentes ao fenômeno da LER/DORT equivalem à discrepância das interpretações sobre ele; a doença inicial é de visualização difícil, a enfermidade ainda não é um objeto; cabe, então, “desarmar os espíritos”, evitar animosidade. Entretanto, não há um ponto neutro e seguro, um lugar “isento” onde pousar o olhar.

Quanto a isto, Alberto confessa que se debate entre uma compreensão do doente que só se dá pelo humanismo, mas ao mesmo tempo deve estar situada em um plano de plena objetividade. Essa “isenção” pode inibir os conflitos e as condutas mais radicais de profissionais médicos, acredita ele. Entretanto, diz ele, há as situações de violência contra os direitos e contra a cidadania de seus pacientes. Pergunto-lhe se, nesses

casos, ele se dirige às empresas ou ao INSS, buscando conversar com os colegas. Ele responde:

Converso com eles, encaminho sempre documentos solicitando a emissão da CAT, de acordo com a legislação tal e tal. Quando tenho espaço, ligo, converso, debato, mas, na maioria das vezes, não tem esse espaço. E quando a pessoa já é cretina desde o primeiro momento, quem age imediatamente é o sindicato, o diretor do sindicato envia boletim denunciando e tal. Porque às vezes eu fico até acanhado, um cara que trata mal a uma paciente, não só essa, mas outras pacientes, o que é que eu vou falar pra esse médico?

E eu conheço alguns [médicos] que estão no INSS e mantêm a mesma conduta de humilhação, de botar culpa no paciente, de acabar emocionalmente com o paciente. Não é só negar a doença. Aquele momento da consulta parece que é um momento de humilhar o cara, é uma forma cruel. Generalizadamente, maltrata o paciente como se quisesse derrubá-lo de vez, numa perspectiva de cidadania. É impressionante!

[...] Então, minha relação com os médicos é assim, eu dentro da minha limitação – eu sou um pouco tímido –, mas eu mantenho contato, converso, mas juro a você que não é uma coisa muito interessante. Eu identifico os erros, encaminho pro setor jurídico, pro diretor, e eles tomam as conseqüências.

Perguntado sobre a relação entre simulação da doença e confiança do doente no médico, Alberto mostra-se bem menos reticente que Gregório. Afirma que observa incoerências também pelo lado do paciente e exemplifica:

Lógico que a minha postura é sempre acreditar no paciente, mas vou ver as incoerências. A incoerência que eu observo é, na verdade, uma exacerbação do grau da sintomatologia, do grau de incapacidade. Então, por exemplo, a semana passada, uma paciente buscou ter um diagnóstico de uma otite. Então, como a gente tava chegando com dificuldade a esse diagnóstico, ela me trouxe a questão da tendinite. [...] Aí eu falei: “Veja bem, você me trouxe isso, então vamos investigar”, também não chegamos a muitos detalhes. No outro dia, ela chegou com a disfonia. Ou seja, ela foi demitida, estava numa situação desesperadora e buscando alguma coisa que pudesse segurar.

Certamente ela tinha algo, mas, se ela não fosse demitida, ela ficaria mais um ou dois anos, até agravar, até se instalarem essas doenças.

[...] ela tinha dificuldade de sair do ambulatório, porque ela queria se agarrar a alguma coisa. “Olha, minha amiga, você não vai ter nenhum respaldo da Previdência, não vai estar garantido seu emprego” ... Porque ela não tinha dados bem fidedignos. Certamente a pessoa pode forçar, agora não é a maioria.

Retornando ainda uma vez à perigosa proximidade entre a relação de confiança entre médico e paciente e a atitude paternalista, ele novamente a refuta: "A gente compra o problema de qualquer preço, mas eu sou um defensor sem paternalismo". Afinal, prossegue, “ele [o trabalhador] também tem responsabilidade sobre a sua doença”.

Explica:

Ele tem responsabilidade também na sua doença. Eu vejo isso. Por que eles só procuram quando estão sendo demitidos? Então eles não tinham responsabilidade até então? Pessoas que têm oito meses de sintomatologia fizeram muito pouca coisa com relação aos problemas delas. Então assim, a cota dele, ele tem que assumir. Ele geralmente delega, ela aponta para o médico do trabalho da empresa. “O médico do trabalho não fez isso, me demitiu e tal”, mas por que não delegar um pouco dessa responsabilidade que segurou isso oito meses, dez meses, um ano?



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a apresentação da problemática que inicia esta tese, vimos que o fenômeno da LER/DORT tem sido muito debatido tanto no meio médico (no caso específico, na medicina do trabalho) quanto em outros meios sociais envolvidos ou interessados nos desdobramentos e conseqüências do adoecimento pelo trabalho. Dentre os vários aspectos que compreendem esse debate, o interesse principal desta pesquisa recaiu sobre a suposta objetividade com que se tem tentado caracterizar o diagnóstico clínico da LER/DORT. Nesta direção, a tarefa inicial foi estudar a historicidade do conceito médico da doença, apontando suas variações de sentido desde que foi descrito como "doença dos notários" em 1700, pelo médico italiano Bernardino Ramazzini (1999).

As observações iniciais desse ilustre representante da medicina clássica, ou mais precisamente da era "protoclínica" e da "história natural das doenças", conforme Foucault (1994), coincidem com o desenvolvimento inicial da produção industrial moderna, que se caracteriza por uma racionalidade crescente através da qual se instituem novas formas de organizar e gerir o trabalho, as quais intensificaram a variedade, o ritmo e o contingente de trabalhadores envolvidos nessa produção industrial. Allard Dembe (1996), através de criterioso levantamento realizado durante quase dois séculos de industrialização americana, nos mostra como, nesse período, certos tipos específicos de sofrimento instituem-se enquanto doenças do trabalho e emergem com denominações médicas distintas e curiosas como "cãibra dos escrivãos", "cãibra dos telegrafistas", "cãibra dos cordeiros" (ou "rendeiros"), "neurastenias", "neurose ocupacional", Repetitive Strain Injuries (RSI), Cumulative Trauma Disorders (CTD) etc. Ele também nos mostra certas relações que se estabeleceram entre a instituição dessas doenças e a presença de elementos sociais

como o engajamento ou a performance de médicos que colaboraram ou se opuseram a essa instituição, a exemplo da posição do eminente cirurgião americano George Phalen que, por mais de quatro décadas, contestou, de modo veemente, todas as tentativas da parte de seus colegas em considerar a Síndrome do Túnel do Carpo como uma doença ocupacional. Além da importância da atuação de médicos e profissionais da saúde na transformação histórica da tenossinovite em doença ocupacional, vimos várias observações de Dembe sobre o fenômeno das doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho, expostas em sua tese de que essas doenças engendram-se a partir de uma série de elementos ou fatores externos à medicina, como organização do trabalho e de trabalhadores, sindicatos, interesse especial de instituições, políticas públicas de saúde, interesse da mídia etc. Esses “fatores sociais” externos à medicina coincidem na instituição de formas clínicas da doença, que são apresentadas conforme os recursos conceituais e tecnológicos de que a medicina dispõe historicamente para transformar uma enfermidade comum em uma doença ocupacional.

Um enfoque sobre o surgimento do fenômeno da LER/DORT no Brasil durante a década de 1980 permitiu observar a ação desses mesmos elementos sociais. Destacam-se, neste contexto, alguns atores e agências, como a médica do trabalho Lys Rocha (1989) e sua “descrição densa” dos movimentos de digitadores (a partir de um ponto de vista da organização sindical e de cipistas) para caracterizar a tenossinovite como uma doença do trabalho; o médico perito do extinto INPS, Chrysóstomo Oliveira, que sistematizou e publicou a primeira proposta de transformação da tenossinovite em LER (na qual propõe condutas assistenciais, define textos legais de futuras normas previdenciárias, estadia a doença etc); as “Portarias” estaduais de Minas Gerais e São Paulo, os sindicatos de trabalhadores, principalmente bancários e a CUT, que exercem pressões sobre a Previdência Social e são descritos como fatores participantes na instituição do fenômeno da LER/DORT em nosso país.

Um terceiro momento, que visa mostrar outros movimentos desses mesmos atores e agências em um outro contexto social, é a descrição de certas características do fenômeno LER/DORT na experiência australiana, durante a década de 1980. Ao contrário do Brasil e dos EUA, países em que a doença mantém-se com números endêmicos e ascendentes de casos, na Austrália, em 1983, uma epidemia emergiu como uma onda de grande visibilidade, através da mídia, e envolveu ações desses mesmos elementos referidos para os EUA e no Brasil. Análises que falam em "histeria epidêmica", "epidemia de funcionários públicos", "iatrogenia", "mudança de percepção médica" etc., são características que nos permitem observar um terceiro contexto de ação desses fenômenos instituintes que fizeram a doença emergir e arrefecer subitamente quatro anos depois.

Finalmente, o "estado da arte" da enfermidade proposta pelos especialistas da Comunidade Econômica Européia, em 2002, mostra a busca constante de elementos que permitam certezas médicas sobre esse fenômeno, assim como resume a conformação contemporânea da LER/DORT nos termos do conhecimento médico atual, reafirma a relação epidemiológica entre desordens musculoesquelética e ocupação, além de atualizar a agenda de pesquisa do modelo fisiopatológico proposto pelo grupo coordenado por Thomas Armstrong desde 1992, tornando-o "paradigmático" para a abordagem biomédica do fenômeno na atualidade.

Descrever a historicidade de uma doença significa abordá-la enquanto conceito médico variável em relação às condições que engendram sua instituição, tanto nos três países estudados<sup>50</sup>, quanto em seu desdobramento no tempo, desde 1700, mostrando que não há possibilidade de apontar qualquer direção de sentido que nos permita obter uma positividade determinada. Significa, pois, aceitar que sua verdade jamais será estabelecida nos termos de uma razão médica lógica, irrefutável e

---

<sup>50</sup> Os quais, apesar de representarem espaços culturais distintos, professam a mesma biomedicina e possuem semelhanças em suas políticas econômicas e industriais.

universal, já que essa doença firma-se através de uma estrutura de experiência, por um tipo de autoridade que se comporta frente a uma tradição e cujo reconhecimento se dá mediante de um horizonte temporal ou histórico. Um saber histórico é, portanto, aquele que jamais se completa ou se fecha numa objetividade alcançada pela mente ou conduta do médico, mas aquele cuja positividade repousa na estrutura indutiva da experiência. Talvez se deva a isto a atualidade de Bernardino Ramazzini, considerado pai da medicina ocupacional, precursor da ergonomia, aclamado pelo caráter inovador de suas observações há mais de três séculos<sup>51</sup>. É possível, aliás, afirmar, a partir de uma referência ao Foucault de *O Nascimento da Clínica*, que não há qualquer ruptura epistemológica no conhecimento médico para o quadro clínico dessas doenças desde 1700.

\*

A segunda parte da pesquisa interrompe, provisoriamente, o tema do conhecimento médico da doença para voltar-se para outro aspecto do fenômeno do adoecimento: a dimensão prática da medicina do trabalho, ou seja, sua clínica. O interesse que guia essa parte da pesquisa é o de conhecer a natureza do empreendimento clínico e de como este particulariza o conhecimento de uma doença em cada pessoa, mediante o diagnóstico.

Vimos que a clínica, desde a Grécia antiga, não foi jamais teoria pura aplicada, mas sim, antes de tudo, um encontro interpretativo que ocorre entre duas (ou mais) pessoas. Enquanto "encontro clínico", ela não pode ser vista como uma investigação científica do tipo "clássico", que se dá pela relação entre um sujeito que conhece e um

---

<sup>51</sup> Podemos ver a face médica dessa exaltação através do ensaio encomendado pelo *The Lancet* ao renomado médico do trabalho italiano Giuliano Franco para comemorar os três séculos de seu trabalho pioneiro (Ramazzini and workers' health. **The Lancet**, v. 354, n. 9181, p. 858-861, 04 Sept. 1999); assim como sua face ergonômica, através do ensaio de Giuliano Franco e Leonardo Fusetti (Bernardino Ramazzini's early observations of the link between musculoskeletal disorders and ergonomic factors. **Applied Ergonomics**, v. 35, n. 1, p. 67-70, Jan. 2004).

objeto que é conhecido (ou em que um médico atua sobre um paciente); ao invés disso, esse encontro ocorre entre duas pessoas ou posições que procuram articular-se numa compreensão compartilhada e mútua sobre algum incômodo ou enfermidade que se apresenta para uma delas. Nessa perspectiva, vê-se que a prática médica é um tipo específico de interpretação, que deve ser compreendida muito mais como uma possibilidade ontológica do que como uma certeza universal; ou seja, ela deve ser vista, no dizer de Heidegger, como modos de ser da presença que se compreende a si mesma e ao seu mundo como próprios, lançada numa rede de sentidos que a referencia enquanto ser no mundo (Svenaeus, 2000:131).

A clínica é uma linguagem. Conforme resume Susan Hekman (1986), a propósito de linguagem e hermenêutica na obra de Gadamer, possuir uma linguagem significa pertencer a uma compreensão comunitária de mundos, do mesmo modo que implica sempre um modo ou uma forma de vida definida, no entendimento de Wittgenstein (1991). Uma linguagem é algo que não pode ser posto de lado pelos seus praticantes; ela os habita e opera como um jogo, pois é algo em que precisamos entrar para poder participar, é “uma atividade que partilhamos” e pela qual somos envolvidos (Hekman, 1986: 172). Não há um ponto de vista neutro (dentro ou fora) dessa linguagem, no qual eu possa ancorar o meu olhar para, então, ver somente verdades irrefutáveis e eternas.

Como técnica, a clínica moderna é saber que se forma à beira do leito, é percepção especial que propicia formas e sistematiza experiências, que transforma o sintoma em signo, como sustenta Foucault (1994:106), e que está sempre aberta para a subjetividade da vida, pois só se fecha com objetividade na presença da morte.

Por conseqüência, a clínica, longe de empreender uma ação positivista e estritamente objetiva da medicina, é sempre um empreendimento de interpretação ou hermenêutico. Como vimos, essa hermenêutica não se faz sobre um texto fixo, ela é

uma interpretação do texto, em movimento, da "pessoa-enquanto-doente", alguém que ao mesmo tempo está inserido e atuando na dinâmica do mundo da vida.

Assim, o médico aprende, por seus sucessos e fracassos, que sua leitura não é um processo eminentemente racional e científico, mas um tipo de habilidade adquirida sobretudo através da experiência propiciada por essa linguagem clínica. Essa prática se liga a uma percepção que se abre cada vez mais plenamente, na medida em que o médico se torna um "especialista".

\*

A terceira parte da tese apresentou entrevistas realizadas com nove médicos do trabalho, agrupadas em quatro agências que se dedicam a assistir trabalhadores com suspeita ou diagnóstico de doença do trabalho. Essas agências tiveram seus dispositivos institucionais e legais contextualizados de modo histórico e político, no Brasil e na Bahia. Neste contexto, destacou-se a lida cotidiana daqueles médicos com o fenômeno da LER/DORT.

Os médicos do trabalho atuam em um modelo biomédico que preconiza um programa de atenção à LER/DORT constituído por várias ações, entre elas, prevenção, diagnóstico precoce, assistência terapêutica, definição de incapacidade para o trabalho, reabilitação profissional etc. A partir dessas ações e dos *telos* ou finalidades do encontro clínico, conforme vimos com Drew Leder, observam-se inicialmente variações no sentido desse encontro, conforme o médico esteja localizado na empresa, na perícia do INSS, no SUS ou no sindicato de trabalhadores.

Especificamente quanto ao médico do trabalho da empresa, podemos afirmar sua pertinência principalmente às ações de diagnóstico precoce e prevenção de novos casos, uma assistência que compreende o período inicial dos sintomas, quando os

trabalhadores ainda estão sob a tutela patronal. Vistos muitas vezes como "prepostos das empresas", esses médicos gozam de pouca ou nenhuma *confiança* dos trabalhadores durante o encontro clínico, prejudicando o diagnóstico e as condutas que devem ser tomadas frente aos trabalhadores com suspeita da doença ou submetidos às mesmas condições de trabalho. Além disso, esses profissionais freqüentemente perdem contato com os trabalhadores afastados da empresa, comprometendo *coerência* ou *totalidade* do encontro e, em conseqüência, prejudicando sua *eficácia*.

O perito médico do INSS envolve-se, por sua vez, principalmente nas ações que definem a incapacidade para o trabalho e a reabilitação profissional do paciente. Nessa posição, ele também permanece alheio a outras etapas do programa geral de atenção médica (diagnóstico, prevenção e tratamento), que lhe reduzem as possibilidades de coerência ou totalização no encontro clínico. Em decorrência de sua função decisiva no afastamento, a relação também é movida por uma *baixa confiança* que se estabelece entre médico e paciente e que também compromete a eficácia do encontro.

Já o médico do trabalho situado no CEREST ou no CESAT, enredado num discurso inovador que se sustenta principalmente na rejeição aos modelos preventivista e tecnocrático da saúde ocupacional, pretende abordar o fenômeno da LER/DORT com ações de prevenção, assistência médica e terapêutica, além de estimular a garantia de direitos acidentários dos trabalhadores. Nesse âmbito, apesar de haver uma maior confiança entre médico e paciente, em contraste com o que ocorre em relação ao médico de empresa e ao perito, o escopo demasiado amplo com que busca nortear suas ações esbarra na competência das agências citadas, dificulta a *coerência* ou a *totalização* do encontro clínico e, do mesmo modo, reduzem a sua eficácia.

Por último, o médico situado no sindicato, na condição de "assessor de saúde", procura ter uma atuação basicamente reivindicatória perante outras agências, e também inovadora, no sentido de tentar irromper valores da tradição clínica que beneficiem os trabalhadores da categoria, caráter que o aproxima do médico do trabalho do CESAT. Em que pese não participar diretamente do modelo de atenção formal, esse médico, enquanto "representante legítimo da voz dos trabalhadores", parece gozar de uma maior confiança do paciente — sendo que essa atuação muitas vezes pode confundir-se com paternalismo. O assessor sindical reivindica uma atuação médica cada vez ampla, melhorias nas condições de trabalho e ampliação de direitos dos trabalhadores, mas essa atuação sofre o enfrentamento de empresas e de outras agências na caracterização e na condução dos casos. Desse modo, também se reduzem possibilidades de coerência e a eficácia do encontro.

A intenção dessa tipificação não é esgotar as dificuldades em que se encontram esses profissionais em suas respectivas instâncias de atuação, mas, como vimos a partir das entrevistas, ressaltar certos aspectos situacionais que se evidenciam perante características das agências de atenção à saúde do trabalhador e que, conseqüentemente, contribuem para aumentar ou reduzir possibilidades do encontro clínico.

Serviços médicos de empresa (privada ou pública), CESAT ou RENAST, perícias médicas, ambulatórios de sindicato, clínicas e consultórios etc., além de outros tipos de agências médicas, são instâncias de capacitação ou de especialização para os médicos do trabalho. Nesse aprendizado prático institucional, eles incorporam, geralmente, características da agência, seja identificando-se com seu "espírito" (assim como podem repelir certos preceitos e condutas), seja reproduzindo práticas cotidianas dessa agência, na configuração clínica da LER/DORT ou no tipo de relações que estabelece com o paciente.



Além disso, os médicos do trabalho, como vimos, mudam de emprego com certa frequência e, geralmente, conciliam mais de uma inserção profissional no mercado de trabalho. A narrativa de suas histórias profissionais mostra experiências em distintas agências, e revela mais uma vez esse entrelaçamento entre a percepção clínica do agente e a perspectiva assistencialista, preventivista, sanitarista, sindicalista ou qualquer outra que norteie cada instituição, e que pode ser incorporada ou refutada nas condutas ou na percepção clínica do médico. Como vimos no capítulo V, o arco intencional que desenvolve uma habilidade pede tempo para refinar-se. Nesse sentido, são necessários vários anos para que o médico do trabalho atinja sua maturidade, o estágio de perito ou de especialista. Essa maturidade, além do conhecimento teórico implicado, depende da experiência do médico e das instituições às quais ele esteve vinculado.

Além do diagnóstico da LER/DORT instituir-se a partir da percepção clínica do médico, que se constrói fundada no conhecimento teórico da doença e em sua própria experiência profissional, inclui o espaço correspondente à cotidianidade (da qual nenhuma experiência humana prescinde). Neste ponto, cabe a formulação de José Ricardo Ayres (2004), quando, refletindo sobre a humanização das práticas de saúde, afirma que "é preciso perceber [...] a *permeabilidade do técnico ao não técnico*, o diálogo entre essas duas dimensões interligadas" (ib.: 22). Em outras palavras, toda prática clínica está assentada também na vida cotidiana, na medida em que é uma experiência do mundo em que o médico vive e que o constituiu enquanto médico, especialista e pessoa.

A história individual dos médicos nos mostra que sua compreensão de si mesmos, da doença e dos doentes muda com o tempo (e que, inclusive, varia à medida que eles transitam pelas agências de cuidados). Desse modo, institui-se uma identidade pessoal e clínica que decorre das experiências da vida, pautada sobre a ética que orienta suas ações e que se funda numa *ipseidade*, como diz Ricoeur (1997), uma

identidade relacional ou um *si mesmo* que é marcado por aberturas de mundos — que não é, portanto, fixa e nem estável, mas mutável e também narrativa (1977:429).

O relato biográfico, enquanto interpretação narrativa da vida profissional dos médicos, evidencia a interpenetração entre ator, história e concepção da doença, em que cada narrativa mostra uma percepção própria, situada no jogo entre as agências de cuidados, a relação com os doentes e os colegas médicos. Assim, não é possível e tampouco é objeto desta tese realizar um ordenamento dos motivos individuais, psicológicos ou éticos dos entrevistados, mas descrever trajetórias profissionais que se instituem e se refinam, sob um determinado modelo de percepção e de linguagem. Essas trajetórias caracterizam as agências que concorrem para a instituição da doença; a identidade é uma construção narrativa e é porta-voz de um sistema de idéias.

No caso da LER/DORT, o campo de possibilidades aberto pela clínica guarda sempre um caráter de ambigüidade. Devido ao fato da doença ser definida a partir da posição ou filiação institucional do médico, a doença institui-se como um "jogo político", no qual o espaço clínico é também um espaço político, pois a atuação clínica é parcialmente definida pelas opiniões, ideologias, imaginação, fantasias e mesmo vaidades do médico — que abrem os campos de possibilidade de sua compreensão. Sendo assim, a clínica é sempre um campo aberto de possibilidades, que cada médico tende a fechar, mediante sua compreensão própria do fenômeno em cada diagnóstico clínico particular. Nessa perspectiva, os médicos são mediadores que se posicionam em espaços políticos definidos desse conflito. Negar a natureza política da LER/DORT é negar a ação desses fatores sociais, ou seja, desconhecer a própria dinâmica da configuração clínica da doença.

Neste ponto, é necessário retomar a discussão que iniciou a tese, sobre o caráter político da instituição da LER/DORT. Antes, entretanto, é preciso apontar algumas características do que se denomina política.

A política emerge na Grécia antiga, como regulação da vida na *polis*. Atualmente, o estado moderno possui essa função, assim como a prerrogativa do uso da força nessa regulação. Além desse sentido administrativo e de poder, política também tem o sentido de verbo, algo como pensar, agir ou poder-fazer, enquanto arte do convencimento sem força que se exerce pela conversação e através de discurso. Entre os pensadores contemporâneos da política, a filósofa alemã Hannah Arendt privilegia a diversidade dos homens para afirmar que política é, principalmente, exercício de convivência entre diferenças. Apesar de almejavam justiça em suas desavenças, é a possibilidade de certa *liberdade* – a própria razão de viver para os atenienses – que distingue a *polis* de outras formas de convívio social. Com o sentido da liberdade da ação humana como sua premissa principal, a política organiza diversidades absolutas de acordo com igualdades e diferenças relativas, conforme Arendt (2002:39).

O pesquisador brasileiro Francisco Ortega (2003), em um ensaio que reflete sobre a *biopolítica* da saúde a partir do pensamento de Arendt, de Foucault e da filósofa Agnes Heller, toma como ponto inicial a afirmação de Foucault de que o mundo ocidental atravessou um *umbral da modernidade biológica* ao final do século XVIII, para atingir um processo de “estatização do biológico”, através do qual “o indivíduo e a espécie entraram nas estratégias e nos cálculos do poder político” (ib: 10). Assim, a partir de “uma anátomo-política do corpo”, que se fundamenta em técnicas de disciplina corporal, e de “uma biopolítica das populações”, que proclama otimizar a qualidade biológica da vida humana, institui-se um *biopoder* que se vincula de modo histórico ao nascimento e ao fortalecimento do estado moderno e da burguesia, e que

se sustenta através de dispositivos médicos e jurídicos para normalizar o indivíduo e a sociedade (ib: 10).

Ao estudar o fenômeno do totalitarismo moderno, Hannah Arendt “também diagnosticou esse *umbral da modernidade biológica*” a partir de suas observações dos campos de concentração nazistas e stalinistas, tomados como referências de experiências cruciais que retiram totalmente a política da vida humana e a reduzem apenas a fato biológico. De modo semelhante, essa autora afirma que a *biopolítica*, fruto de uma modernidade que vela outras possibilidades da condição mundana e plural da existência humana, retira a liberdade da política ao substituir cada vez mais o âmbito público das ações humanas (Ortega, 2003:10). A politização da vida nesse sentido, que Foucault denomina *biopoder*, torna-se profundamente *antipolítica*, na medida em que é “pós-totalitária” e é “negação da instituição do mundo como regra de organização política da pluralidade humana” (ib: 10).

Foucault acreditava que a resistência aos dispositivos biopolíticos encontra-se na própria vida, pois só um “poder da vida” pode resistir aos agenciamentos de um “poder sobre a vida”. Nesse sentido, lutas e reivindicações pelo direito à saúde, ao corpo, ao sexo etc., apesar de desenvolvidas por grupos que se organizam em torno de identidades biológicas, tornam-se paradoxalmente, ao enfrentarem dispositivos públicos que transformam leis e direitos em normas, formas de resistência ao biopoder (ib: 11).

Agnes Heller, como Hannah Arendt, considera que grupos biopolíticos são “depauperações do político” ou “formas antipolíticas”, que impedem o desenvolvimento de uma “política genuína”. Ao organizarem-se por raça, sexo, longevidade, doenças específicas e outros critérios biológicos, esses agrupamentos fecham-se a outros elementos públicos de agenciamento social (11-12). Outra manifestação do caráter totalitário do discurso biopolítico é sua busca constante de

legitimação científica e de uma verdade única. Ao confrontar-se com a pluralidade de opiniões, a biopolítica “substitui a pluralidade pela identidade e a opinião pela verdade”. Essa substituição reduz a pluralidade de opiniões a uma única verdade, aquela que é considerada “politicamente correta” (ib:12). Conforme Ortega:

Se a política é o campo do confronto das opiniões, do diálogo, da iniciativa, do novo, da espontaneidade e da ação em liberdade, o pensamento legitimado cientificamente é o espaço da verdade, da certeza, da necessidade, do determinismo e da causalidade, no qual o diálogo é substituído por uma política da autoclausura, de amigos e inimigos, e a pluralidade de opiniões é reduzida a uma única opinião politicamente correta (Ortega, 2003:13).

A certeza do politicamente correto abomina opiniões divergentes ou contrárias. É assim que certos grupos determinam as condições em que é possível a contribuição dos outros em seus discursos. Conforme Heller:

Um discurso que “desmascara” outros discursos, que trata com desconfiança o diferente, não é em realidade público. Todas as raças e ambos os sexos encontram aqui sua própria verdade; e quanto mais poderosos são seus lobbys, mais enfaticamente tentam proclamar sua verdade como incontestável e absoluta (Heller, citada por Ortega, 2003:13).

Esse modo de abordar práticas subjetivas defendido pela modernidade tende a produzir apenas identidades passivas e a-históricas, como jamais se viu na história do pensamento ocidental, acusam esses autores focados na discussão de Ortega. A vida biológica ocupa o vazio deixado pela decomposição do âmbito público, mas, impermeável à política, ela conduz a um agir dotado da passividade mais estéril e mortal que a história jamais conheceu. Referentes biológicos substituem referências culturais na experiência identitária. Desse modo, a política exaure-se em particularidades que suprem apenas necessidades de determinado grupo biopolítico. “Uma das conseqüências é o esquecimento de ideais sociais mais abrangentes”, conclui Ortega (ib:16).

Essa exposição acima, referente ao ensaio de Ortega, fornece aqui uma referência para a compreensão que perpassa esta tese, segundo a qual, ao problematizar a transformação médica do sofrimento em doença do trabalho, priorizando o caráter ontológico e epistemológico desse processo, não importa encontrar uma posição que seja “a mais verdadeira” para abordar o fenômeno da LER/DORT, mas, sim, tentar realizar “a elaboração de um domínio de fatos, práticas e pensamentos que parecem colocar problemas para a política” (Foucault, 2002:20).

Como se viu, a doença estudada caracteriza-se, principalmente, por seus sintomas subjetivos e por ter resistido historicamente à objetivação médica, mesmo após o advento da anatomia patológica e de outras modalidades tecnológicas que tentam essa objetivação. Mesmo assim, vimos como a LER/DORT se instituiu em várias situações, tanto movida por uma conjuntura e pelo vigor de determinadas forças sociais, quanto propiciada pelo caráter hermenêutico — e portanto, de abertura — que a clínica possui, e em cujo âmbito pode reconhecer como doença certos tipos de sofrimento. Neste sentido, uma biopolítica que apenas valorize ou exija critérios “objetivos”, “fecha” a possibilidade do diagnóstico da LER/DORT, e com isto atenta contra o caráter de abertura política que a doença sempre possuiu através de seus três séculos de existência.

O filósofo da medicina Christian Hick (1999) afirma que a medicina moderna consiste em um modo de percepção que se caracteriza por uma face objetiva ou fechada — que vem desde o nascimento da patologia, conforme Foucault — e por outra subjetiva e aberta, a clínica, que propicia experiências nos mesmos moldes da percepção cotidiana do mundo da vida. Enquanto a primeira separa a doença do doente, a segunda é o ato de perceber em toda sua indeterminação e riqueza, em que pese ser sempre guiada por um interesse nem sempre específico ou consciente do médico (ib.: 132). Essa possibilidade subjetiva tem sido fonte de vitalidade para a medicina desde a antiguidade grega e, do mesmo modo que vimos acima em relação

à doença, uma biopolítica que priorize o “objetivo”, em detrimento desse caráter subjetivo, enclausura a clínica, frustrando sua possibilidade de conferir visibilidade à doença.

Quanto ao médico, sua interpretação particular é a característica principal do encontro clínico. De acordo com uma afirmação de Cabanis em 1819, referida por Foucault, em medicina tudo ou quase tudo depende de um golpe do olhar, de um instinto de sorte, cujas certezas são encontradas muito mais nas sensações do próprio artista do que nos princípios da arte (Foucault, 1994). A performance do médico é uma habilidade adquirida e que depende de uma série de circunstâncias, situações e experiências da sua carreira profissional e da vida cotidiana. Também nessa instância, cada ato particular do médico necessita de uma abertura criativa para que ele possa acrescentar ou modificar o conhecimento.

Por fim, uma reflexão como a desta tese busca colaborar numa ampliação do fenômeno estudado para além de definições estritas e certezas objetivas. Em seu âmbito, uma compreensão em campo oposto ao biopolítico assume a mesma liberdade interpretativa intrínseca à clínica médica e à performance do médico, fundamentais na produção do conhecimento e na instituição da doença.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANTONAZ, Diana. **A instituição de uma doença do trabalho**. Texto apresentado ao GT 23 – Trabalhadores, Sindicatos e a nova Questão Social. XXIV ENCONTRO ANUAL DA ANPOCS. Rio de Janeiro, 22-26 out. 2002. Disponível em: <http://sindicalismo.pessoal.bridge.com.br/textos2002.htm>. Acesso em: 20.12.2005.

ANTONIO, Alda M. Apresentação. In: GONÇALVES, Rita de Cássia; CARDOSO, Flávio; RUEL, Maria. **Doenças Profissionais em Processamento de Dados**. SINDPD-SP (Sindicato dos Empregados em Empresas de Processamento de Dados do Estado de São Paulo), 1987.

ARMSTRONG Thomas *et al.* A conceptual model for work-related neck and upper-limb musculoskeletal disorders. **Scandinavian Journal of Work and Environmental Health**. v.19, n.2, p.73-84, 1993.

ARNDT, Robert. Working posture and musculoskeletal problems of video display terminals operator: review and reappraisal. **American Ind Hyg. Association Journal**, v. 44, n. 6, p. 437-446, 1983.

ASSUNÇÃO, Ada Ávila e ROCHA, Lys Esther. Agora... Até namorar fica difícil: Uma história de lesões por esforços repetitivos. In BUSCHINELLI, Tarcísio et al. (Orgs.) **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1994.

D'ASSUNÇÃO, Evaldo (Org.). **O Livro das Especialidades Médicas**. Belo Horizonte: Coopmed, 2000.

AYRES, José R. C. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**. v.13, n.03, p.16-29, set/dez 2004.

ATKINSON, Paul. **Medical Talk and medical work**. London: Sage, 1995.

AWERBUCH, Mark. Repetition Strain Injuries [Letter to editor]. **Medical Journal of Australian**, v.140, n.12, p.740-1, 1984.

BAHIA. Secretaria de Saúde do Estado. Superintendência de Vigilância e Proteção da Saúde. Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador. **Cartilha de Saúde do Trabalhador**. Salvador: CESAT, 2001.

BALINT, Michael. **O médico, seu paciente e a doença**. Tradução de Roberto Musachio. São Paulo: Atheneu, 2005.



BARON, Richard. An introduction to medical phenomenology: I can't hear you while I'm listening. **Annals of Internal Medicine**. v. 103, p. 606 – 611, 1985.

BEARD, George. Neurasthenia or Nervous Exhaustion. **Boston Medical and Surgical Journal**, v. 80, p.245-59, 1869.

BELISÁRIO, Soraya. As múltiplas faces do médico sanitário. In: MACHADO, Maria H. (Org.). **Profissões de Saúde: uma abordagem sociológica**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1995.

BENEDIKT, Moritz. **Neurenpathologie e electrotherapie**. Leipzig: Fues's Verlag, 1868.

BERLINGUER, Giovanni. **Medicina e Política**. São Paulo: Cebes/Hucitec, 1978.

BERNARD B. **Musculoskeletal disorders and workplace factors: A critical review of epidemiologic evidence for work-related musculoskeletal disorders of the neck, upper extremity and low back**. Cincinnati: National Institute of Occupational and Safety Health, 1997.

BLOCH, B. Repetition Strains injury. **Medical Journal of Australia**, v. 140, p. 684-685, 1984.

BRAIN, Russel; WRIGHT, Dickson and WILKINSON, Marcia. Spontaneous compression of both median nerves in the carpal tunnel. **Lancet**, v.1, p.277-282, 1947.

BRASIL. **Instrução Normativa**. INSS/DC, n. 98, dez. 2003.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Coordenação-Geral de Serviços Previdenciários-INSS. LER (Lesões por esforços repetitivos) - **Normas técnicas para avaliação da incapacidade**. Brasília, 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Diagnóstico, tratamento, reabilitação, prevenção e fisiopatologia das LER/DORT**. Brasília: Editora MS, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Representação no Brasil da OPAS/OMS. **Doenças Relacionadas ao Trabalho: Manual de Procedimentos para os Serviços de Saúde**. Brasília: Editora MS, 2001.

BRASIL. **Ordem de Serviço INSS/DSS**, n. 606, ago. 1998.

BROWNE, C. D.; NOLAN, B. M.; FAITHFUL, D. K. Occupational Repetition Strain Injuries: Guidelines for Diagnosis and Management. **The Medical Journal of Australia**, v. 140, n. 6, p. 329-32, 1984.

BROUWER, Bernard. The Significance of Phylogenetic and Ontogenetic Studies for the Neuropathologist. **Journal of Nervous and Mental Disease**. V. 51, n. 2, p. 113-6. 1920.

BUCKLE, Peter & DEVEREUX, Jason J. The nature of work-related neck and upper limb musculoskeletal disorders. **Applied Ergonomics** n. 33, p. 207-217, 2002.

BUSCHINELLI, José Tarcísio. **Epidemiologia das doenças profissionais registradas no Brasil na década de 80**. 138 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública), Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1993.

BUSCHINELLI, José Tarcísio; ROCHA, Lys; RIGOTTO, Raquel (Orgs.) **Isto é trabalho de gente?** Vida, doença e trabalho no Brasil. Petrópolis: Vozes, 1994.

CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o patológico**. Tradução de Maria Thereza Barrocas. Rio de Janeiro: Forense, 1982.

CANNON, B. W. And LOVE, J. G. Tardy Median Palsy Median Neuritis; Median Thenar Neuritis Amenable to Surgery. **Surgery**, v. 20, p. 210-6, 1946.

CANNON, Lawrence, BERNACKI, Edward, and WALTER, Stephen. Personal and Occupational Factors Associated with Carpal Syndrome Tunnel. **Journal of Occupational Medicine**, v. 23, n. 4, p. 255-8, 1981.

CARVALHO, C. E. S. *et al.* Tenossinovite ocupacional: um novo conceito em processamento de dados. **Revista de Segurança e Previdência**. n.18, p. 8-10, ago. 1986.

COENEM, Herman. Phenomenology and the qualitative interview; some memos. In.: MASO, Ilja (Eds.) **The deliberate dialogue**. Brussels: Vubpress, 1996.

CONN, Harold. Tenosynovitis. **Ohio State Medical Journal**. V. 27, p. 713-6, 1931.

COUTO, Hudson de A. **Guia Prático: Tenossinovites e outras lesões por traumas cumulativos nos membros superiores de origem ocupacional**. Belo Horizonte: Ergo Editora B&C Ltda., 1991.

DANA, Charles. **Textbook of Nervous Disease**. New York: William Wood, 1894.

DANIEL, Stephen. The patient as a text: a model for a clinical hermeneutics. **Theoretical Medicine**. n. 7, p.195-210, 1986.

DAWSON DM. et al . **Entrapment neuropathies**. Boston: Little Brown and Co, 1990.

DEMBE, Allard. **Occupation and disease**. New Haven: Yale University Press, 1996.

DIAS, Elizabeth C. Evolução e aspectos Atuais da Saúde do Trabalhador no Brasil. **Bol. of Sanit Panamerican**. v.115, n.03, p. 202-214, 1993.

\_\_\_\_\_. A organização da atenção à Saúde no Trabalho. In: FERREIRA FILHO, Mário (Org.) **Saúde no Trabalho**. s/d. Disponível em: <http://www.medicina.ufmg.br/dmps/atencaosaudenotrabalho.rtf>>. Acesso em: 16 jan. 2006.

DIAS, Elisabeth & MENDES, René. Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. **Revista de Saúde Pública**, v. 25, n. 5, p. 341-9, 1991.

\_\_\_\_\_. Medicina do Trabalho. In: D'ASSUNÇÃO, Evaldo (Ed). **O Livro das Especialidades Médicas**. Belo Horizonte: Coopmed, 2000.

DIORIO, PG & FALLON, LF. Worker's compensation: impairment and disability. **Occupational Medicine**, v. 4, n. 1, p. 145-51, 1989.

DREYFUS, Hubert. Intelligence without representation – Merleau-Ponty's critique of mental representation. The relevance of phenomenology to scientific explanation. **Phenomenology and Cognitive Sciences**. V. 1, p. 367-83, 2002.

DRUMOND, J. Nasce o INST (Instituto Nacional de Saúde no Trabalho). **Informativo INST**, v. 1, n. 2, 1990.

DUCHENNE, B. Guillaume. **Physiology of motion**. Tradução de E. B. Kaplan. Philadelphia: J. B. Lippincott. 1867.

ENGELHARDT, Tristram Jr. **The Foundations of Bioethics**. New York: Oxford University Press. 1986.

FEINSTEIN, Alvan. **Clinical Judgement**. Baltimore: Williams and Wilkins. 1967.

FLECK, Ludwig. **Genesis and development of a scientific fact** . Translated by Fred Bradley and Thaddeus Trenn. Chicago: The University of Chicago, 1979.

FINKELSTEIN, Harry. Stenosing Tendovaginitis at the Radial Styloid Process. **Journal of Bone and joint Surgery**, v. 12, n. 3, p. 509-40, 1930.

FERGUSON, D. An Australian Study of Telegraphist's cramp. **Britsch Journal of Industrial Medicine**, v. 28, n. 3, p. 280-5, 1971.

\_\_\_\_\_. The "new" industrial epidemic. **Medical Journal of Australia**, n. 140, p. 318-9, 1984

FOUCAULT, Michel. **As Palavras e as Coisas**. Tradução Salma Muchail. 6ª ed. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

\_\_\_\_\_. **O Nascimento da Clínica**. Tradução Roberto Machado. 4ª edi. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

\_\_\_\_\_. Paul Rabinow entrevista Michel Foucault. In: RABINOW, Paul. **Antropologia da razão**. Tradução de João G Biehl. Rio de janeiro: Relume Dumará. 2002.

FRANCO, Giuliano. Ramazzini and workers' health. **The Lancet**, v. 354, n. 9181, p. 858-861, 04 Sept. 1999.

FRANCO, Giuliano & FUSETTI, Leonardo. Bernardino Ramazzini's early observations of the link between musculoskeletal disorders and ergonomic factors. **Applied Ergonomics**, v. 35, n. 1, p. 67-70, Jan. 2004.

FREITAS, Nilton. **Manual de Ação Sindical em Saúde do Trabalhador e Meio Ambiente**. São Paulo: Kingraf , 2000.

FULTON, Thomas. Telegraphists' cramp. **Edinburgh Clinical and Pathological Journal**, v. 1, n. 17, p. 369-375, 1884.

GADAMER, Hans-Georg. **Verdade e Método I**. Tradução de Flávio Paulo Meurer. Petrópolis: Vozes, 2004.

\_\_\_\_\_. **El estado oculto de la salud**. Barcelona: Gedisa, 1993.

GATENS-ROBINSON, Eugenie. Clinical judgment and the rationality of the human sciences. **Medical Philosophy**, n.11, p.167-78, 1986.

GOGEL Edward., TERRY James. Medicine as interpretation: the uses of literary metaphors and methods. **Journal of Medical Philosophy**, n.12, p. 205-17, 1987.

GOMES, Arlindo. A Responsabilidade das Empresas em Reduzir e Eliminar a Nocividade do Trabalho: Enfoque e Experiências. In: MENDES, René (Org.). **Patologia do trabalho**. São Paulo: Atheneu, 2003.

GONÇALVES, Rita de Cássia; CARDOSO, Flávio; RUEL, Maria. **Doenças Profissionais em Processamento de Dados**. SINDPD-SP (Sindicato dos Empregados em Empresas de Processamento de Dados do Estado de São Paulo). (mimeo.) 1987.

GONZAGA, Paulo. **Perícia médica da Previdência Social**. São Paulo: Editora LTr, 2004.

GOOD, Byron. **Medicine, Rationality and Experience: An anthropological perspective**. Cambridge: Cambridge University Press, 1994.

GOWERS, R. William. **A Manual of Diseases of the Nervous system**. Philadelphia: Blakiston. 1888.

GRAY, London C. **A Treatise on Nervous and Mental Disease**. Philadelphia: Lea Brothers. 1895.

HALL, Wayne & MORROW, Louise. Repetition Strain Injury: an Australian epidemic of upper limb pain. **Social Science and Medicine**, v. 27, n. 6, p. 645-649, 1988.

HADLER. Norton M. Is an aching back an injury? **Occupational Problems in Medical Practice**, v.1, n. 3, p.6-8, 1986.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e Tempo**. Tradução de Márcia de Sá Cavalcante. Petrópolis: Vozes, 1989.

HEKMAN, Susan. **Hermenêutica e Sociologia do Conhecimento**. Tradução de Luis Manuel Bernardes. Lisboa: Edições 70, 1986.

HELFENSTEIN, Milton & FELDMAN, Daniel. Prevalência de Síndrome da Fibromialgia em Pacientes Diagnosticados como Portadores de Lesões por Esforços Repetitivos (LER). **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 38, n. 2, p. 71-77, 1998.

HERBERT, Robin. et al. Clinical evaluation and management of work-related Carpal Tunnel Syndrome. **American Journal of Industrial Medicine**, n. 37, p. 62-74, 2000.

HICK, Christian. The Art of Perception: From the life world to the medical gaze and back again. **Medicine, Health and Philosophy**, v. 2, p. 129-40, 1999.

HIRT, Ludwig. **The Disease of the Nervous System**. New York: D. Appleton. 1893.

HOPKINS, Andrew . The social recognition of repetition strain injuries: an australiano/american comparison. **Social Science and Medicine**, n. 30, p. 365-372, 1990.

HUNT, Ramsey. The Thenar and Hypothenar Types of Neural Atrophy of the Hand. **American Journal of the Medical Sciences**, v. 141, p. 224-241, 1911.

INSTITUTO NACIONAL DE SAÚDE NO TRABALHO (INST/CUT). Lesões por esforços repetitivos. **Revista INST**, ano 2, n. 7, p. 06, março/ abril, 1992.

IRELAND, Damian. The Australian Experience with Cumulative Trauma Disorders. In: L. H. MILLENDER et al. (eds.). **Occupational Disorders of the Upper Extremity**. New York: Churchill Livingstone, 1992.

JEWSON, Nicholas. The Disappearance of the Sick Man from Medical Cosmology from 1770-1870. **Sociology**, v. 10, p.225-244, 1975.

JOHANSSON, H; SOJKA, P. Mecanismos fisiológicos e patológicos envolvidos na gênese e disseminação da tensão muscular em dores nos músculos de causa ocupacional: uma hipótese. **Medical Hypotheses**, v. 35, p. 196-203, 1991.

JONAS, Hans. **The phenomenon of life: Toward a philosophical biology**. New York: Harper & Row, 1966.

KIVI, P. Rheumatic Disorders of the Upper Limbs Associated with Repetitive Occupational Task in Finland in 1975-79. **Scandinavian Journal of Rheumatology**, v. 13, p. 101-7, 1984.

KLEINMAN, Arthur. **Patients and healers in the context of culture: An exploration of the borderland between Anthropology, Medicine and Psychiatry**. Berkeley: University of California Press, 1980.

KOUYOUMDJIAN, João. Síndrome do Túnel do Carpo: Aspectos Atuais. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 2-B, n. 57, p. 504-512, 1999.

LACAZ, Francisco. Saúde dos Trabalhadores: Cenário e Desafios. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 2, n. 13, p. 7-19, 1997.

LAIN ENTRALGO, Pedro. **Doctor and Patient**. London: Weidenfeld and Nicolson. 1969.

LAURELL, Asa C. & NORIEGA, Mariano. **Processo de Produção e Saúde: Trabalho e desgaste operário**. São Paulo: Hucitec, 1989.

LAURELL, Asa Cristina. Processo de Trabalho e Saúde. **Saúde em Debate**, v. 11, p. 8-22, 1981.

LEARMOUTH, James. The Principles of Descompression in the Treatment of Certain Diseases of the Peripheral Nerves. **Surgical Clinics of North American**, 13, p. 905-13, 1933.

LEARY, David E. Naming and Knowing: Giving Forms to Things Unknow. **Social Research**, v. 62, n. 2, p. 268-297, 1995.

LEDER, Drew. Clinical Interpretation: the hermeneutics of medicine. **Theoretical Medicine**, n. 11, p. 9-24, 1990.

LIMA, Francisco de P. A. Contradições Sociais e Representações das Doenças Ocupacionais: o caso das Lesões por Esforços Repetitivos. In: **I Conferência de Saúde do Trabalhador e Saúde Ambiental de Piracicaba e região**. Piracicaba, 2003.

LLOYD, James. **The diseases of occupations**. London: Ed. Ignorado. 1895.

LOVE, J. G. Median Neuritis: Carpal Tunnel Síndrome; Diagnosis and treatment. **North Carolina Medical Journal**, v. 16, p. 463-9, 1955.

LUCIRE Yolanda. Neurosis in Workplace. **Medical Journal Australian**, n. 145, p. 323-327, 1986.

LUOPAJARVI, T. et al. Prevalence of Tenosynovitis and Others Injuries of the Upper Extremities in Repetitive Work. **Scandinavian Journal of Work Environment and Health**, v. 5 (Suppl.3), p. 48-55, 1979.

LUTZ, Tom. **American nervousness**. Ithaca: Cornell University Press. 1991.

MAEDA, K. Occupational Cervicobrachial Disorder and its Causative Factors. **Journal of Human Ergology (Tokio)**, v. 6, p. 193-202, 1977.

MACLEOD, Dan. **The Ergonomics edge: Improving Safety, Quality and Productivity**. New York: Van Nostrand Reinhold. 1995.

MARTINS, Heloisa. **O estado e a burocratização do sindicato no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1989.

MARX, Karl. **O Capital**. Tradução de Reginaldo Sant'Anna. 13ª edição. Rio de Janeiro: Editora Bertrand Brasil, 1989.

McWHINNEY, Ian. Medical knowledge and the rise of technology. **Journal of medicine and philosophy**, n. 3, p. 293-304, 1978.

MELO, Carlos Gentile de. Medicina Previdenciária. In Guimarães, Reinaldo (Org.). **Saúde e medicina no Brasil**. 4ª edição. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

MENDES, René. Conceito de patologia do trabalho. In: **Patologia do trabalho**. São Paulo: Atheneu, 2003.

\_\_\_\_\_ (Org.). **Patologia do trabalho**. São Paulo: Atheneu, 2003.

MERLEAU-PONTY, Maurice. **Fenomenologia da percepção**. Tradução de Constança Marcondes César. Campinas: Martins Fontes, 1990.

\_\_\_\_\_. **O primado da percepção e suas conseqüências filosóficas**. Tradução de Carlos Alberto Ribeiro de Moura. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

MINAYO-GOMEZ, Carlos & THEDIM-COSTA, F. Sonia Maria. A Construção do Campo da Saúde do Trabalhador: Percurso e Dilemas. **Cadernos Saúde Pública**. v. 13, n. 2, p. 21-32, 1997.

MIRANDA, Carlos. **Medicina do Trabalho: sua prática e seu mercado de trabalho no Estado da Bahia**. 1990. 244 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Saúde Comunitária, Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, 1990.

MISHLER, Elliot. **The discourse of medicine: Dialectics of medical interviews**. Norwood: New Jersey Ablex Cop, 1984.

MONTEIRO, A. L. Os aspectos legais das tenossinovites. In Codo, W. e Almeida, MCG. L.E.R, **Diagnóstico, tratamento e Prevenção**: Uma abordagem multidisciplinar. Petrópolis: Vozes. 1995.

MOERSCH, Frederik. Median Thenar Neuritis. Proceedings of Staff Meetings. **Mayo Clinic**, v. 13, p. 220-2, April 1938.



MUNSON Ronald. Why medicine cannot be a science? **Journal of medicine and philosophy**, n. 6, p. 183-208, 1981.

NOGUEIRA-MARTINS, Maria Cezira; BOGUS, Claudia. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, dez. 2004.

NOTTA, A. Recherches sur une affection particulière des gaînes tendineuses de la main, caractérisée par le development d'une nodosité sur le trajet des tendons fléchisseurs des doigts et par l'empêchement de leurs mouvements. **Archives Générales de Médecine**, (Series 4), v. 24, p. 142-161, 1850.

OLIVEIRA, Chrysostomo de. Lesão por esforços repetitivos (L.E.R.). **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 19, n. 73, p. 59-85, abr./jun. 1991.

OLIVEIRA, Jaime; TEIXEIRA, Sonia. **Previdência Social: Sessenta anos de história da previdência no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1985.

ONIMUS, E. On Professional muscular atrophy. **Lancet**, v. 107, p. 127-8, 22.01.1876.

PALMER, T. Keith. Pain in the forearm, wrist and hand. **Best Practice & Research in Clinical Rheumatology**, v. 17, n. 1, p. 113-135, 2003.

PELLEGRINO, Edmund e THOMASMA, David. **A philosophical basis of medical practice: Toward a philosophy of ethics of the healing profession**. Oxford: Oxford University Press, 1981.

PEREIRA, Rosana A. **LER: Doença das Trabalhadoras**. 1992. 134 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em Saúde Comunitária, Faculdade de Medicina, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 1992.

PHALEN, George. Spontaneous Compression of the Median Nerve at the Wrist. **Journal of the American Medical Association**, v. 145, p. 1128-32, 1951.

\_\_\_\_\_. The Carpal Tunnel Syndrome: Seventh Years' Experience in Diagnosis and Treatment of Six Hundred Fifty-Four Hands. **Journal of Bone and Joint Surgery**, v. 48, n. 2, p. 211-28, 1966.

\_\_\_\_\_. The Carpal Tunnel Syndrome. **Clinical Orthopaedics**, v. 83, n. 29-40, 1972.

PHALEN, G. S.; GARDNER, W. J.; LA LONDE, A. A. Neuropathy of the median nerve due to compression beneath the transverse carpal ligament. **Journal Bone Jt. Surgery**, n. 32, p. 109-12, 1950.

PILIGIAN, George et al. Evaluation and Management of Chronic Work Related Musculoskeletal Disorders of the Distal Upper Extremity. **American Journal of Industrial Medicine**, n. 37, p. 75-93, 2000.

POLANYI, Michael. **Knowing and Being**. Chicago: University of Chicago Press, 1969.

POORE, George Vivian. Writer's cramp: Its pathology and treatment. **Practitioner**, v. 41, n. 1, p. 84-99, 1873.

PORTER, Dorothy; PORTER, Roy. **Patient's Progress: Doctors and Doctoring in Eighteenth-Century England**. Cambridge: Cambridge Polity Press. 1989.

PORTER, Roy. **The Greatest Benefit to Mankind - A Medical History of Humanity**. New York: W. W. Norton & Company, 1997.

PUTNAM James. A series of cases of paraesthesia, mainly of the hand, of periodic occurrence, and possibly of vaso-motor origin. **Archives of Medicine (New York)**, v. 4, p. 147-162, 1880.

RAMAZZINI, Bernardino. **As Doenças dos Trabalhadores**. Tradução de Raimundo Estrela. São Paulo: FUNDACENTRO, 1999.

RABELO, Miriam C. M. et al. **Experiência de doenças e narrativas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1999.

REIS, Ricardo J. et al. Perfil da Demanda Atendida em Ambulatório de Doenças Profissionais e a Presença de Lesões por Esforços Repetitivos. **Revista da Saúde Pública**, v. 34, n. 3, jun. 2000.

REISER, Stanley. **Medicine and the Reign of Technology**. Cambridge University Press. 1978.

REMPEL D. et al. Consensus criteria for the classification of carpal tunnel syndrome in epidemiological studies. **American Journal of Public Health**, v. 88, n.10, p.1447-1451, 1998.

ROBINSON, Edward. Cases of telegraphist' cramp. *British Medical Journal.*, 4, p. 880-1, nov. 1882.

ROCHA, Lys E. Lesões por Esforços de Repetição: análise em 166 digitadores de um centro de computação de dados. **Revista Brasileira de Ortopedia**, n. 21, p.115-9, 1986.

\_\_\_\_\_. **Tenossinovite como doença do trabalhador no Brasil**: a atuação dos trabalhadores. 1989. 250 f. Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva). Programa de Pós-Graduação em Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989.

\_\_\_\_\_. Tenossinovite e Trabalho: Análise das Comunicações de Acidentes do Trabalho (CAT) registradas no município de São Paulo. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 18, n. 70, p. 29-40, 1990.

\_\_\_\_\_; NUNES, Everardo. O milagre econômico e o ressurgimento do movimento social: 1964-1980. In.: BUSCHINELLI et al. (Org.) **Isto é trabalho de gente? Vida, doença e trabalho no Brasil**. Petrópolis: Vozes, p. 122-137, 1993

SÃO PAULO (Estado). **Doenças profissionais em processamento de dados**. Coordenação da Comissão de Saúde do SINDPD/SP, 1987.

SÃO PAULO (Estado). **Norma Técnica - LER (Lesões por Esforços Repetitivos)**. Secretaria de Estado da Saúde. Resolução SS-197, 08 jun., São Paulo, 1992.

SRHYOCK, Richard. **The Development of Modern Medicine**. London: Victor Gollancz LTD. 1948.

SILVERSTEIN, B. A.; FINE L. J.; STETSON, D. Hand-Wrist Disorders Among Investment Casting Plant Workers. **Journal of Hand Surgery**, v. 11, p. 838-44, 1987.

SILVERSTEIN, B. A.; FINE L. J.; ARMSTRONG T. Occupational factors and carpal tunnel syndrome. **American Journal of Industrial Medicine**, v.11, p. 343-58, 1987.

SMALING, Adri. Qualitative interviewing: contextualization and empowerment. In: MASO, Ilja (Eds.). **The deliberate dialogue**. Brussels: Vubpress, 1996.

SOLLY, Samuel. Scriveners' palsy, or the paralysis of writers (Lecture I). **Lancet**, v. 2, p. 709, 1864.

SOMERS, Margareth. The Narrative Constitution of Identity. **Theory and Society**, v. 23, p. 605-649, 1994.

SOUTHARD, Elder; SOLOMON, Harry. Occupation Neuroses. In.: G. M. KOBER and W. C. HANSON (eds). **Diseases of Occupation and Vocational Hygiene**. Philadelphia: Blakiston, 1916.

SOUTO, Daphnis. **Saúde no Trabalho: uma revolução em andamento**. Rio de Janeiro: Ed. Senac Nacional, 2004.

STERNBACH, George .The Carpal Tunnel Syndrome. **The Journal of Emergency Medicine**, v. 17, n. 3, p. 519-523, 1999.

SVENAEUS, Fredrik. **The Hermeneutics of Medicine and The Phenomenology of the Health**. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers.

SZASZ, Thomas; HOLLANDER, Marc. Contribution of the philosophy of medicine: The basic model of the doctor-patient relationship. **American Medical Association – Archives of International Medicine**, n. 97, p. 585-592, 1956.

TANZEN, Radford. The Carpal Tunnel Syndrome: A clinical and Anatomical Study. **Journal of Bone and Joint Surgery** , v. 41A, p. 626-634. 1959.

THACKHAH, Charles. **The Effects of Arts, Trades and Professions and of civic states and habits of living on Health and Longevity with suggestions for removal of many of the agents which produce disease and shorten the duration of life**. Rpt. Canton, Mass.: Science History Publications. 1985.

TOULMIN, Stephen. On the nature of the physician understanding. **Journal of medical philosophy**, n.1, p. 32-50, 1976.

SVENAEUS, Frederik. **The hermeneutics of medicine and the phenomenology of health**. Kluwer Academics Press: Dordrecht, 2000.

VAHTERA, J. et al. Effect of organizational downsize on health of employees. **Lancet**, n. 350, p. 1124-1128, 1997.

VELPEAU, Alfred. **Anatomie des régions: Traité d'anatomie chirurgicale**. Volume 1, Crevot, Paris. 1825.

WAYNE, Hall e LOUISE Morrow. Repetition strain injury: an australian epidemic of upper limb pain. **Social Science and Medicine**, v. 27, n. 6, p. 645-649, 1988.

WESTER, Fred. The analysis of qualitative interviews. In.: MASO, Ilja (Eds.) **The deliberate dialogue**. Brussels: Vubpress, 1996.

WILLIAMS, Patrícia. **The alchemy of race and rights**. Cambridge: Harvard University Press. 1992.

WITTGENSTEIN, L. **Investigações filosóficas**. (Coleção "Os pensadores"), 5ª edição. São Paulo: Abril Cultural, 1991.

WOOD, Horatio. Functional Nervous Disease. In: W. Pepper (ed). **A Textbook of the Theory and Practice of Medicine**. Philadelphia: W. B. Saunders, 651-654. 1893.

YENG, Lin T. et al. Distúrbios ósteo-musculares relacionados ao trabalho. **Revista Médica**. São Paulo, n. 80 (Ed. Especial), p. 422-42, 2001.