



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho
Largo do Terreiro de Jesus - Centro Histórico
40.026-010 Salvador, Bahia, Brasil
Telfax: (55) (71) 3283-5572; 3283.5573; 8726-4059
email: sat@ufba.br <http://www.sat.ufba.br/>



E AGORA, O QUE SERÁ DA MINHA VIDA?

Estudo sobre os significados das LER atribuídos por
Operadores de *Telemarketing*

Adryanna Cardim de Almeida

Dissertação de Mestrado

Salvador (Bahia), 2009



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA
Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho
Largo do Terreiro de Jesus - Centro Histórico
40.026-010 Salvador, Bahia, Brasil
Telfax: (55) (71) 3283-5572; 3283.5573; 8726-4059
email: sat@ufba.br <http://www.sat.ufba.br/>



E AGORA, O QUE SERÁ DA MINHA VIDA?

Estudo sobre os significados das LER atribuídos por
Operadores de *Telemarketing*

Adryanna Cardim de Almeida

Orientador: Prof. Paulo Gilvane Lopes Pena

Co-Orientadora: Prof^a Maria do Carmo Soares de Freitas

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde, Ambiente e Trabalho da Faculdade de Medicina da Bahia da Universidade Federal da Bahia, para obtenção do grau de Mestre em Saúde, Ambiente e Trabalho.

Salvador (Bahia), 2009

FICHA CATALOGRÁFICA

Elaboração Eliana Carvalho – CRB-5 nº1100

A447 **Almeida**, Adryanna Cardim de.

E agora, o que será da minha vida? Estudo sobre os significados das LER atribuídos por Operadores de *Telemarketing*./ Adryanna Cardim de Almeida. - Salvador, 2009.

118 f.

Dissertação (Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho). Faculdade de Medicina da Bahia. - Universidade Federal da Bahia – UFBA.

Orientador: Prof. Dr. Paulo Gilvane Lopes Pena
Co-Orientadora: Prof^a. Maria do Carmo Soares de Freitas

1.LER; 2. Operadores de *telemarketing*; 3. Significados; 4. Saúde do Trabalhador.
I. Autor. II.Título.

CDU 613.65

Adryanna Cardim de Almeida

E AGORA, O QUE SERÁ DA MINHA VIDA?

Estudo sobre os significados das LER atribuídos por
Operadores de *Telemarketing*

Data da defesa: 27 de fevereiro de 2009

Banca Examinadora:

Prof^a. Iara Maria de Almeida Souza – FFCH/UFBA

Prof^a. Mônica Angelim de Lima – FAMEB/UFBA

Prof. Paulo Gilvane Lopes Pena - FAMEB/UFBA

Salvador (Bahia), 2009

Aos meus pais, Terezina e Belvy, pelas lições de determinação, perseverança e por terem me ensinado nunca deixar de me indignar, não fechar os olhos nem cruzar os braços diante das injustiças.

AGRADECIMENTOS

As Operadoras e Operadores de *Telemarketing* por me confiarem suas histórias de vida. Obrigada pelos encontros e generosidade, de mesmo com dor, disponibilizarem tempo para colaborar com este estudo. Não sei se fiz o melhor, mas dei o máximo que pude.

Ao Prof. Paulo Pena, meu orientador e amigo. Um mestre em sua essência e que “*não perde a ternura jamais*”. Poder contar com você como orientador, é mais que uma oportunidade, é um privilégio. Com você dei meus “primeiros passos” na pesquisa qualitativa e agora estou aprendendo a andar. Esta é mais uma etapa concluída. Obrigada pela paciência, carinho, confiança e respeito.

A minha co-orientadora e sempre guia, Prof^a Maria do Carmo (querida Carminha). Falar de uma criatura tão iluminada, de “saber” e de “amor”, não é algo fácil, visto a sua grandiosidade! É maravilhoso poder contar com você. Obrigada pelas valorosas orientações, encorajamento, carinho e amizade.

Ao Prof. Patel, impossível deixar de lembrá-lo neste momento. Obrigada pela presença em minha vida acadêmica e por ser o meu eterno incentivador.

A Prof^a Mônica Angelim, obrigada pelas substanciais contribuições ao meu trabalho ao longo do curso e durante o processo de qualificação do mestrado.

A Prof^a Brani Rosemberg, pelas sugestões valiosas durante o processo de qualificação do mestrado, que enriqueceram meu estudo.

Ao Prof. Paulo César Alves, pelas contribuições ao projeto de dissertação e pelas sugestões nas entrevistas e para as entrevistas e na “Análise Narrativa”.

Ao Prof. Fernando Carvalho, Coordenador do Mestrado em Saúde, Ambiente e Trabalho, pelo cuidado na condução do mestrado e bom humor.

Aos professores do mestrado, pelos ensinamentos.

A nossa “grande” secretária e amiga do mestrado, Solange. Você faz toda a diferença!

Aos novos amigos conquistados ao longo dessa jornada chamada mestrado, Cláudia d'Arede, João David, Lázaro Rodrigues, Márcio Sampaio e Martha Teixeira. Que as nossas discussões continuem, como sempre, nos “espaços alternativos”.

Aos colegas do mestrado pela convivência e momentos compartilhados e, em especial, a Ana Lima pelo apoio a turma, na disciplina Métodos Quantitativos.

Ao Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador – CESAT, representado por Letícia Nobre e Alexandre Jacobina, pela compreensão e liberação para finalizar esta etapa do estudo e por valorizar o crescimento profissional dos trabalhadores.

Aos Colegas do Cesat, Ana Galvão e José Fernando, pelos ensinamentos sobre vigilância e pela batalha árdua em defesa da saúde dos trabalhadores; e a bibliotecária Eliana Carvalho, pela boa vontade em informar sobre as referências bibliográficas e notícias “sobre o *telemarketing*”. Obrigada pela elaboração da ficha catalográfica deste trabalho.

A grande parceira de trabalho e amiga Tiza, pelo companheirismo e carinho e que, nos momentos de angústia por conta do tempo, lembrava-me que o corpo e a mente têm limites.

A Prof^a Roseny Ferreira, Coordenadora do Curso de Fisioterapia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública e parceira, pela compreensão e apoio durante os momentos em que eu não podia estar presente por conta das atividades do Mestrado.

A Prof^a Elizabete Gonçalves (Bete), minha grande Companheira no Curso de Fisioterapia da Escola Bahiana de Medicina e Saúde Pública. Quantas vezes ouvi de você generosamente, “*Dry, deixa que eu faço isto!*”. Muitíssimo obrigada e desculpa por muitas vezes tê-la sobrecarregado.

A Ana Soraya Bomfim, da Fundacentro, grande parceira e amiga. Como é bom trabalharmos juntas! Obrigada pelos momentos compartilhados de reflexão, pelas demonstrações de carinho e solidariedade.

Aos Sindicalistas do Sinttel-Ba, representado por Joselito, Luís Divino e Edla, por terem acreditado no nosso trabalho; aos funcionários, Lívia, Priscila, Solange, Alda e Narciso e a jornalista Márcia, pela gentileza e valorização do nosso estudo. Vocês foram muito importantes!

Aos médicos do trabalho do Sinttel-Ba, Tiago Jansen e Eduardo Reis, por permitirem que os acompanhasse durante as suas atividades no sindicato.

Aos companheiros do grupo de pesquisa pelas ricas discussões sobre o *telemarketing*. Maria da Purificação (Puri), pelas nossas conversas “gostosas” e momentos de insight. Renata, pelas leituras em conjunto e Vinícius, pela fidedignidade das suas transcrições e respeito aos depoimentos dos trabalhadores.

Aos grandes e valorosos amigos DA MINHA VIDA, Danilo Amorim, Deborah Dourado, Eliana Santos, Kátia Drummond, Lílian Lessa, Lílian Ramos, Marcel Cardim, Sandra Pacheco, Tásio Lessa e Verônica Rodrigues, sempre presentes. Nunca poderia deixar de nominá-los, porque vocês são fundamentais.

Aos meus irmãos pelo incentivo e aos meus sobrinhos queridos, Jon e Iker, pelas demonstrações de amor e carinho.

RESUMO

E AGORA, O QUE SERÁ DA MINHA VIDA? Estudo sobre os significados das LER atribuídos por Operadores de *Telemarketing*.

Introdução: Com a automação da telefonia e a sua integração ao mundo digital foram criadas as condições para a emergência do *Telemarketing*. As técnicas gerenciais aplicadas pelos *calls centers* adotaram formas de controle cada vez mais rígidas para o tempo de atendimento e de pausa ou interrupção do trabalho, além das múltiplas tarefas e atividades interferentes nestas centrais de atendimento. O crescimento dessa atividade tem se destacado no Brasil e no mundo pela rapidez da sua expansão. No Brasil, estima-se cerca de 750 mil trabalhadores, transformando-se no maior empregador na área de serviços. Nesse setor, assume papel central a utilização de novas técnicas gerenciais assim como a utilização de práticas de precarização do trabalho, cujo resultado tem sido o grande aumento de patologias ocupacionais, dentre elas, as lesões por esforços repetitivos - LER. **Objetivo:** Compreender os significados das LER atribuídos por Operadores de *Telemarketing* atendidos no ambulatório especializado em doenças do trabalho do Sindicato das Telecomunicações do Estado da Bahia, na Cidade de Salvador. **Metodologia:** Trata-se de um estudo com abordagem etnográfica, com base na análise de narrativas dos sujeitos. Foram observadas condições de adoecimento e sofrimento do trabalhador e os significados da doença em seu cotidiano. **Resultados/Conclusões:** Os resultados deste estudo demonstram que, além das limitações funcionais e dores provocadas pela doença, estes trabalhadores sofrem com a modificação do seu cotidiano e enfrentam em seu itinerário de portador dessa enfermidade, situações de estigma, assédio moral e violência psicológica. As perspectivas de vida destas pessoas foram transformadas em virtude do aparecimento dessa enfermidade. Ressalta-se que, devido às condições de trabalho, estes profissionais apresentam-se com elevado risco de desenvolvimento das LER. Assim, pode-se afirmar que melhoria de técnicas e estratégias de organização do trabalho e dos aspectos ergonômicos no setor de *telemarketing* pode favorecer a adoção de medidas de prevenção e controle neste ambiente, minimizando ou eliminando os riscos à saúde deste trabalhador.

PALAVRAS-CHAVE: lesões por esforços repetitivos; *telemarketing*; pesquisa qualitativa; saúde do trabalhador.

ABSTRACT

SO NOW, WHERE IS MY LIFE GOING TO END UP? A Study on the meanings of RSI as experienced by Telemarketing Operators

Introduction: The automation of telecommunication and its incorporation to the digital world created the conditions for the emergence of telemarketing. The management techniques used by the calls centers adopted stricter forms of control for the call time, for pause or interruption of the service, and for the numerous interfering tasks and activities that affect the job at these call center offices. The growth of this activity in Brazil and in the world calls attention due to the fast pace of its expansion. In Brazil, there are approximately 750 thousand workers, making it the largest employer in the service industry. In this industry, new management techniques play a central role, as well as policies of deterioration of work conditions. This results in great increase of occupational pathologies, including the repetitive strain injury - RSI. **Objective:** To understand the meanings of RSI through the point of view of the telemarketing workers who visited the occupational safety and health clinic at the Telecommunications Union of the State of Bahia, in Salvador City. **Methodology:** This is an ethnographic study, based on case study analysis. We observed the characteristics of the illnesses and the suffering of workers, and the meaning of the diseases in their daily lives. **Results/conclusions:** Results demonstrate that, in addition to the functional limitations and pain caused by their diseases, these workers undergo unwanted changes on their daily routines, and face, as carriers of this illnesses, the associated stigma, buylling, and psychological violence. The workers' life expectations were changed by the onset of the pathologies. The study highlights that, due to the work conditions, these workers are at high risk to develop RSI. We may state that prevention measures such as technical improvements, better organizational strategies, and improved ergonomics in the telemarketing industry can minimize or eliminate several risks to the workers' health.

KEY-WORDS: repetitive strain injury; telemarketing; qualitative research; workers' health.

SUMÁRIO

Resumo	8
Abstract	9
INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULO I - O <i>TELEMARKETING</i>	16
CAPÍTULO II - AS LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS	24
Aspectos teóricos	24
Relação da atividade de <i>telemarketing</i> com as LER e seu panorama na Bahia	28
As LER e os Significados	32
CAPÍTULO III - O PERCURSO REALIZADO	36
Fase exploratória da pesquisa	36
O estudo	37
Aspectos éticos	41
Limitações do estudo	42
Caracterização dos <i>Call Centres</i> observados no estudo	43
Caracterização dos sujeitos da pesquisa	53
CAPÍTULO IV - <i>EU NÃO ESTOU MENTINDO!</i> O estigma sofrido pelos operadores de <i>telemarketing</i> portadores de LER.	55
CAPÍTULO V – <i>TUDO ISSO É HUMILHANTE!</i> Assédio moral e violência psicológica sofridos por Operadores de <i>Telemarketing</i> portadores de LER.	65
CAPÍTULO VI – <i>TENHO QUE FICAR DEPENDENDO DAS PESSOAS!</i> O cotidiano modificado dos Operadores de <i>Telemarketing</i> portadores de LER.	80
CAPÍTULO VII - <i>O QUE EU FAÇO A PARTIR DE AGORA?</i> Perspectivas dos Operadores de <i>Telemarketing</i> portadores de LER.	93

CONCLUSÃO	101
REFERÊNCIAS	104
Anexos	112
I - Roteiro de Entrevista	113
II - Diagrama analítico	115
III - Teia de significados	116
IV - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	117

INTRODUÇÃO

O crescimento da área de serviços tem ganhado proporções alarmantes no mundo do trabalho. Dentre as áreas deste ramo da economia que mais se desenvolvem, encontra-se o *telemarketing* ou teleatendimento, utilizando-se de sofisticada tecnologia como forma de potencializar a produção dos serviços e conseqüentemente aumentar o capital. Apresenta uma população trabalhadora composta em sua maioria por jovens e mulheres (NOGUEIRA, 2006).

Se por um lado esta é a atividade que mais tem gerado postos de trabalho no país, por outro, apresenta em seu modo de produção características notadamente tayloristas como intensificação dos ritmos, aumento do controle sobre o trabalhador, tarefas repetitivas e monótonas, aliadas a escassa atividade intelectual, buscando aumentar as taxas de produtividade (ARGOLO, 2005; BRAGA, 2006; NOGUEIRA, 2006; VENCO, 2006; OLIVEIRA, 2007; DEL BONO & BULLONI, 2008). Em decorrência da precariedade dessa atividade, emergem as doenças relacionadas ao trabalho, dentre elas, as lesões por esforços repetitivos – LER.

As LER configuram-se atualmente como uma das mais prevalentes doenças do mundo do trabalho e de grande magnitude, visto seu poder de ocasionar limitações e de excluir os trabalhadores das atividades laborais (MUROFUSE & MARZIALE, 2001).

Diante do crescimento dessa atividade e das conseqüências para a saúde desses trabalhadores, é que elaboramos o questionamento central deste estudo. Como os operadores de *telemarketing* que vivenciam as LER atribuem significados ao problema no mundo do trabalho e em outros aspectos do cotidiano?

Dessa forma, o pressuposto que fundamentou a concretização deste estudo, é que existe, no campo teórico, uma complexidade sobre as noções dos modos de adoecer de LER na dimensão da cultura, de como os sujeitos sentem e entendem esta enfermidade, no simbólico e representacional, ainda pouco conhecida nos meios acadêmicos, particularmente nesta categoria de trabalho.

Dado a necessidade de aprofundar as informações sobre as experiências das LER para esta categoria profissional, o presente trabalho apresenta como material investigativo dados de

uma pesquisa qualitativa com abordagem etnográfica, cujo rigor metodológico nos exige o aprofundamento de alguns estudos teóricos para dar conta da interpretação narrativa dos agentes investigados. Para a análise minuciosa da descrição das condições do cotidiano do trabalho e das análises das entrevistas, nos valem de alguns autores, entre os quais destacamos Geertz, Barthes, Alves, Kleinman e Helman.

Deste modo, este estudo visa compreender os significados das LER atribuídos por Operadores de *Telemarketing* atendidos no ambulatório especializado em doenças do trabalho do Sindicato das Telecomunicações do Estado da Bahia - Sinttel, na Cidade de Salvador – BA. Buscando atender a tal objetivo, o presente estudo foi estruturado em sete capítulos seguido das considerações finais.

No Capítulo I realizamos uma incursão ao mundo do *telemarketing* para trazermos ao leitor a dimensão do crescimento dessa atividade no ramo de serviços, apresentando os principais conceitos utilizados, bem como as características do seu modo de produção e das suas práticas de precarização do trabalho, resultando em um aumento exacerbado de patologias, dentre elas, as LER.

No Capítulo II apresentamos a discussão sobre as LER, onde inicialmente abordamos os aspectos teóricos para retratarmos em seguida o seu panorama na Bahia e a relação da atividade de *telemarketing* com o adoecimento. Posteriormente, versamos sobre as LER e os seus significados.

No Capítulo III expusemos a metodologia utilizada, descrevendo o percurso realizado para a realização desta pesquisa, desde a participação em oficinas sobre as condições de saúde e trabalho no *telemarketing* para a construção do projeto de pesquisa durante a fase exploratória do campo até a caracterização dos sujeitos deste estudo.

Os resultados encontrados foram discutidos nos quatro capítulos seguintes, onde cada um deles se reportou a uma categoria analítica. Ressalta-se que, todas as chamadas dos capítulos foram retiradas dos trechos das narrativas dos trabalhadores entrevistados.

No Capítulo IV a categoria analisada foi o estigma. Para tal, nos baseamos no referencial teórico classicamente conhecido na literatura, o “Estigma” de Erving Goffman apoiado pelos escritos de Susan Sontag sobre a metáfora. Sinalizamos neste capítulo, as

principais situações de discriminação e descrença a que são submetidos estes trabalhadores, pelo fato de serem portadores de uma doença que normalmente não apresenta “sinais visíveis”.

No Capítulo V, a temática discutida foi o assédio moral e a violência psicológica a que são submetidos os operadores de *telemarketing* portadores de LER. Utilizamos como referenciais teóricos centrais os estudos realizados por Margarida Barreto, no Brasil e pela Organização Mundial de Saúde. Abordamos aqui, as principais situações de constrangimentos e humilhações vivenciadas por estes trabalhadores, tanto no ambiente de trabalho quanto em outras instituições onde estes buscam apoio.

No Capítulo VI buscou-se evidenciar as modificações ocorridas no cotidiano dos operadores de *telemarketing*, portadores de LER. Os principais aspectos descritos foram as limitações na realização das atividades da vida diária e trabalhos domésticos, além das interferências nas atividades de lazer e nas relações interpessoais.

No Capítulo VII explicitamos sobre as perspectivas de vida destes trabalhadores a partir do adoecimento pelas LER. O medo do desemprego, a falta de perspectiva de reinserção no mercado de trabalho e a certeza da impossibilidade de cura da doença foram ocorrências descritas neste tópico.

Nas considerações finais buscamos retomar as questões-chave discutidas ao longo dos capítulos, tentando dessa forma, colaborar para a compreensão dos significados das LER atribuídas pelos Operadores de *Telemarketing*.

CAPÍTULO I

O *TELEMARKETING*

Com a automação da telefonia e a sua integração ao mundo digital, aliadas às novas necessidades e novos serviços para satisfazê-los, foram criadas as condições para a emergência do “*Telemarketing*”. Esta atividade ganhou escopo, uma vez que surgiu com o intuito de reduzir distância e “economizar tempo” do cliente que necessita “ganhar tempo” (ASSUNÇÃO & SOUZA, 2000). A Associação Brasileira de Telesserviços (2007) o define como “*toda e qualquer atividade desenvolvida através de sistemas de telemática e múltiplas mídias, objetivando ações padronizadas e contínuas de marketing*”.

Em princípio, o termo “*telemarketing*” era conhecido apenas como vendas por telefone. Posteriormente, passou a identificar outras ações de *marketing*, principalmente o serviço de atendimento ao cliente – SAC (ABT, 2007). A privatização das telecomunicações, na década de 90, o desenvolvimento da informática e o Código de Defesa do Consumidor oferecendo credibilidade aos serviços oferecidos por *telemarketing*, a forma mais rápida e econômica de contactar clientes e aferição imediata de resultados, foram fatores fundamentais para a expansão dos *call centres* (NOGUEIRA, 2006; ABT, 2007).

Até este período, o ambiente onde se realizavam as operações de *telemarketing* ou teleatendimento era conhecido como “centrais de *telemarketing*”. Com a introdução da tecnologia da informática e comunicação foi permitida a mensuração de ligações e produtividade dos operadores, a unificação de cadastros, além de agregar as diversas ações de *marketing*, surgindo, no final do século XX, os *call centres*.

Os *call centres* ou centrais de teleatendimento ou ainda, centrais de atendimento telefônico constituem-se na unidade de produção do serviço de *telemarketing*. Thiri6n (2005:49) define estas centrais como “*fábricas de comunicação e gestão de informação que nascem dos processos de flexibilização do trabalho e digitalização das tecnologias de informação e comunicação*”. De acordo Argolo (2005), estas centrais disponibilizam serviços complexos por empresas com o intuito de prover informações sobre produtos e ou serviços para o consumidor.

Existem basicamente duas formas clássicas de utilização dos serviços do *telemarketing*: ativo ou *outbound* e receptivo, passivo ou *inbound*. No teleatendimento ativo, a empresa executa a ligação para o consumidor/cliente, buscando difundir, apresentar, vender um produto, ou mesmo avaliar a satisfação de uma transação realizada, entre outras. Para a realização deste tipo de atendimento, a empresa geralmente dispõe de um banco de dados (*mailling*) que são arquivos digitais ou impressos contendo informações necessárias para a execução do serviço. O teleatendimento receptivo ocorre numa via inversa, ou seja, quando a ligação é realizada pelo cliente para o *call center*, com o intuito de fornecer informações, ouvir reclamações ou mesmo atender campanhas de vendas feitas por outras mídias. Existe ainda a forma mista, ou seja, atendimento ativo e receptivo ao mesmo tempo, possuindo características dos dois tipos de atendimento. Porém, ocorre em menor escala (OLIVEIRA, 2007; DIÁRIO DE CAMPO¹, 2007; DEL BONO & BULLONI, 2008).

A função de operador de *telemarketing* ou teleoperador exige uma série de competências pessoais para o desempenho de suas atividades, sendo estas em sua maioria, executadas em segundos (PENA *et al*, 2006). Entre estas, estão uma boa dicção, fluência verbal, conhecimento de informática, ausência de vícios de linguagem, timbre de voz adequado, ser paciente, ter autocontrole, capacidade para negociar e persuadir, ter bom humor, tolerância ao estresse, ter capacidade de recuperação, criatividade, disciplina, pontualidade, organização, ter como escolaridade mínima o ensino médio completo, entre outros (NOGUEIRA, 2006; ABT, 2007; OLIVEIRA, 2007).

No Brasil, o termo “teleatendimento” também é utilizado como referência ao *telemarketing*. No entanto, nas próprias centrais de teleatendimento, toda a terminologia utilizada é no idioma inglês, “*call center*; operações *outbound, inbound; mailing; site*”, (numa referência a unidade da central de teleatendimento) entre outros (DIÁRIO DE CAMPO, 2007).

De acordo Thirión (2005), o desenvolvimento acelerado na indústria do “telemercado” em âmbito internacional está relacionado com a pós-industrialização e reflete o predomínio econômico do ramo de serviços que sustenta a economia de produção de massa. Este autor afirma ainda, que essa acelerada expansão está sustentada em 03 pilares:

¹ DIÁRIO DE CAMPO, 2007 – observações e entrevistas com supervisores e operadores em ambiente de trabalho, durante visitas às empresas.

“[...] crescentes necessidades de diversas empresas e organizações em gerenciar seu ciclo de negócios através da informação e comunicação; a tecnologia está disponível como uma mercadoria e está sujeita a um processo de inovação constante impulsionada pelo caráter global; e desemprego estrutural no setor de jovens e entre egressos universitários, apresentam-se como a melhor e mais próxima oportunidade de conseguir um emprego porque esta força de trabalho tem as características de flexibilidade contratual e aptidão para as competências de trabalho” (2005: p.54).

O crescimento do telemercado tem se destacado pela rapidez da sua expansão nos últimos anos (NORMAN *et al*, 2004; OLIVEIRA JUNIOR *et al*, 2005; BRAGA, 2006). Estima-se que este setor emprega em torno de 05 milhões de pessoas nos EUA e 1,5 milhão na Europa (TOOMINGAS *et al*, 2002). No Brasil, essa atividade vem se configurando como a que mais disponibiliza postos de trabalho no ramo de serviços (ARGOLO, 2005). Para Braga (2006:3), esse aumento da oferta de emprego no setor de serviços *“parece acomodar-se bem a uma dinâmica econômica marcada por taxas ordinárias de investimento”*.

Segundo dados da Associação Brasileira de Telesserviços - ABT, em início de 2008 existiam aproximadamente 750 mil trabalhadores nessa categoria, transformando-se no maior empregador na área de serviços. A previsão desta associação para até o final de 2008 é de criação de mais 75 mil novos postos de trabalho, mantendo-se um ritmo de crescimento do setor, no patamar de 10%. A ABT estima até que 2010, um milhão de trabalhadores esteja alocado neste ramo produtivo (ABT, 2008).

Baseado em informações do Sindicato dos Trabalhadores de Telecomunicações do Estado da Bahia (Sinttel-Ba), a Bahia, em 2008, apresentou cerca de 20 mil trabalhadores em *call center*. Estima-se a criação de mais 3.000 vagas para operadores de *telemarketing* no primeiro semestre de 2009, sendo destas, 2.000 para o *call center* de um Banco Estatal² (JORNAL A TARDE, 30/11/2008). De acordo dados de um serviço de intermediação para o trabalho, em 2008, do total de trabalhadores empregados através deste serviço, 76,8% foram para o cargo de operador³ (JORNAL A TARDE, 12/10/2008).

Chama-se a atenção ainda para uma área que começa a ser explorada no Brasil, que são os *call centres offshore*, termo em inglês amplamente difundido pela literatura econômica para fazer referência às estratégias empresariais de externalização e de mudança de local da produção ou de prover um serviço a outros países. Em países como Argentina e Índia, este

² JORNAL A TARDE, 30/11/2008 – Caderno Emprego e Negócios – Mercado redescobre os mais experientes. <<http://www.atarde.com.br/economia/noticia.jsf?id=1020342>>. Acesso em 30/11/2008.

³ JORNAL A TARDE, 12/10/2008 – Matéria de Capa “Salvador vai ganhar novo Call Center em 2009”.

tipo de serviço já vem sendo bastante explorado, chegando a representar na Argentina, cerca de 30% dos *call centres*, principalmente para os idiomas inglês e espanhol (DEL BONO & BULLONI, 2008).

Em estudo realizado em dezenove países para levantamento global sobre *call center*, neles incluso o Brasil, Oliveira Junior *et al* (2005), responsáveis pela pesquisa no país, demonstraram que os *call centres* brasileiros são relativamente novos, onde 72% deles têm menos que 08 anos de implantação e 96% foram criados na década de 90, após o processo de privatização do setor de telecomunicações. Segundo a pesquisa, em 64% das centrais de atendimento (próprias e terceirizadas) as vendas aumentaram, planejando-se a contratação de mais trabalhadores para os próximos anos. Informação esta ratificada pelas estimativas explicitadas anteriormente.

Foi verificado também, que a ampla maioria desses trabalhadores possuía ensino médio completo, representando 74% do total. A permanência média dos operadores de *telemarketing* em centrais de teleatendimento é de 2,4 anos. Entretanto, 44,4% deles possuíam menos que 01 ano e só 12,7% tinham mais que 05 anos, demonstrando a alta rotatividade do setor. O principal setor contratante de *call center* é o de serviços financeiros, seguido pelos de varejo, telecomunicações, seguros, saúde e editora/gráfica. Cerca de 80% das centrais de atendimento está localizada no eixo São Paulo – Rio de Janeiro (OLIVEIRA JUNIOR *et al*, 2005).

Observou-se ainda, que a força de trabalho predominante na indústria do *call center* é a feminina, representando 76,6% dos operadores. De acordo Segnini⁴ (2001), essa “tendência a feminização⁵” é justificada pelo fato que as mulheres são consideradas mais ‘apropriadas’ e não, mais qualificadas para este tipo de tarefa, em decorrência de atributos pessoais construídos a partir de estereótipos sexistas, como: ‘voz mais suave’, ‘convicente’, ‘são mais disponíveis para ouvir’ [...], habilidades estas vistas como necessárias para o *telemarketing* (SEGNINI, 2001 *apud* OLIVEIRA, 2007:53).

Nogueira (2006) salienta que essa “opção” pela força de trabalho feminina está sustentada na crença de que as mulheres são mais susceptíveis a situações de constrangimento que os homens. De acordo pesquisa realizada por Venco (2006), os homens demonstraram

⁴ SEGNINI, L.R.P. Relações de gênero e racionalidade do trabalho em serviços de atendimento a distância. In: *Relação de Serviço: produção e avaliação* (Mario Salermo org). São Paulo: Editora SENAC, 2001.

⁵ Terminologia utilizada por Nogueira (2006:36). O trabalho feminino no *telemarketing*.

enfrentar mais as ofensas e ameaças das chefias, observando-se a divisão sexual do trabalho nesta categoria.

Os operadores de *telemarketing* apresentam, normalmente, um perfil muito semelhante com a população em procura de emprego, a exemplo de mulheres, jovens, menores que 30 anos, com ensino médio fundamental, busca de primeiro emprego e ausência de experiência ou dificuldades de reinserção no mercado de trabalho (VILELA & ASSUNÇÃO, 2004; NOGUEIRA, 2006).

As empresas de teleatendimento ou *telemarketing* se enquadram no modelo de controle de seres humanos no trabalho e na atividade de consumo. Esta modalidade de empresa se organiza essencialmente para disciplinar clientes e trabalhadores em processos de troca de informações. O essencial do seu arsenal técnico gira em torno de sistemas comunicacionais, informacionais, informáticos e sensoriais, sendo estes concentrados na observação das atividades dos trabalhadores em *telemarketing* (PENA *et al*, 2006).

As técnicas gerenciais aplicadas pelos *call centres* no Brasil e no mundo adotaram formas de controle cada vez mais rígidas para o tempo de atendimento e de pausas ou interrupção do trabalho, além das múltiplas tarefas (falar ao telefone, utilizar o computador e escrever) e atividades interferentes em situações reais de trabalho (SANTOS, 2004; VILELA & ASSUNÇÃO, 2004). O comportamento dos trabalhadores, o conteúdo das suas falas e o volume de trabalho também são controlados.

O controle do tempo no *telemarketing* é considerado um fator fundamental, onde a grande maioria das atividades é executada em segundos (PENA *et al*, 2006). Os tempos são rigidamente controlados pelo próprio sistema operacional (VILELA & ASSUNÇÃO, 2004). Controlam-se o tempo médio dos atendimentos (TMA) das chamadas, que são variados de acordo o tipo de serviço realizado (a exemplo de uma venda ou uma informação), os tempos das pausas e dos intervalos. Tempos estes, diretamente relacionados ao alcance das metas e da qualificação dos trabalhadores. E, mesmo descumprindo a legislação vigente para atividades de *telemarketing*/teleatendimento, o Anexo II da Norma Regulamentadora nº 17, de 30 de março de 2007 (BRASIL, 2007), observa-se ainda, centrais de teleatendimento utilizando a sinalização luminosa para acelerar os atendimentos (DIÁRIO DE CAMPO, 2007).

Alguns *call centres* denominam ainda as pausas realizadas pelos trabalhadores necessárias para ida ao ambulatório, em caso de necessidade de saúde, as pausas para

necessidades fisiológicas, as duas pausas de dez minutos para descanso e o intervalo de vinte minutos para refeição como “improdutivas”, o que demonstra o controle exercido sobre os trabalhadores, bem como o descumprimento da legislação supracitada.

Assunção e Souza (2000:20) trazem a “*contaminação do tempo pelo trabalho*” como um dos principais efeitos negativos à qualidade de vida e saúde desses trabalhadores, visto que estes seguem um ritmo hiperacelerado, onde os imperativos para as empresas são a pressa e o lucro. Estes autores trazem ainda que, na alocação dos tempos não se leva em conta os imprevistos e os acontecimentos aleatórios.

O conteúdo das falas dos operadores é controlado através dos *scripts* (fraseologia) que são modelos de diálogos realizados durante todas as fases das ligações telefônicas e pela hierarquia que avalia além da fraseologia, a cordialidade, objetividade e fornecimento das informações corretas (VILELA & ASSUNÇÃO, 2004; VENCO, 2006). Além deste *script*, são avaliadas as características da voz, como entonação, ritmo, timbre de voz, dicção, pronúncia, intensidade da voz. O vocabulário é rigorosamente controlado não sendo permitido a utilização de frases como “eu não posso...”, vícios de linguagem, palavras no diminutivo, como “um minutinho”, entre outras. Deve-se ainda utilizar expressões que transmitam confiança, como “tenho certeza...”, “posso afirmar que...”; e palavras “positivas”, tais como, “de qualidade...”, “melhor...” e “ótimo...” (DIÁRIO DE CAMPO, 2007).

A assiduidade e pontualidade, disciplina, participação, interesse, segurança e organização são formas de controle do comportamento pela empresa, bem como a motivação e flexibilidade para atender as necessidades desta (VILELA & ASSUNÇÃO, 2004; VENCO, 2006). As pausas consideradas “improdutivas”, como as realizadas para necessidades fisiológicas e a utilização de atestados médicos pelos trabalhadores, também são pontuados negativamente. Muitas vezes, as faltas justificadas são consideradas como absenteísmo. Para Vilela & Assunção (2004), restringe-se também a livre movimentação dos trabalhadores para que estes possam se manter atentos ao posto de trabalho.

O volume de trabalho dos teleoperadores é controlado visando à aceleração e o ritmo de trabalho para alcance da produtividade. Para isto, existem metas que devem ser alcançadas pelos operadores individualmente e pelo grupo. Para que esta produtividade seja alcançada, estimulam à competitividade entre os trabalhadores, através de campanhas motivacionais,

pautando-se sempre na individualização excessiva da produção. Os trabalhadores são “recompensados” com folgas ou brindes (VILELA & ASSUNÇÃO, 2004; VENCO, 2006).

Essas empresas contam ainda com métodos rigorosos de controle interno que podem ser realizados através das chamadas monitorias de qualidade, realizadas via escutas telefônicas dos atendimentos dos operadores em tempo real e gravações destas ligações para posterior avaliação dos operadores. Essas monitorias são realizadas por supervisores, sempre pautadas em regras duras, advertências, punições e bonificações (VILELA & ASSUNÇÃO, 2004; NOGUEIRA, 2006; VENCO, 2006).

Diversos estudos têm apontado as formas de controle e a organização do trabalho do *telemarketing* com características marcadamente tayloristas (BRAGA, 2006; NOGUEIRA, 2006; VENCO, 2006; ROSENFELD, 2007; THIRIÓN, 2007). Venco (2006) traz como título do seu artigo, as centrais de atendimento como “*a fábrica do século XIX nos serviços do século XXI*”. Thirión (2007:53) chama de “*taylorização do setor terciário*”. Braga (2006:1) denomina de “*infotaylorismo*”. Além das formas de controle supracitadas, o trabalho sob pressão é uma das características marcantes desse modo de produção, que apresenta cadências infernais, vide observações demonstradas sobre o controle do tempo.

Os *call centres* terceirizados, que representam a grande maioria, apresentam ainda mais pressão sobre os trabalhadores, iniciando esta com a cobrança da empresa contratante para a ampliação das vendas, e conseqüentemente maior lucro. Por sua vez, o *call center* contratado pressiona o seu gerente geral para alcançar as metas estabelecidas. Este, coage os coordenadores que repassam esta cobrança para os supervisores e a monitoração, recaindo assim toda esta cadeia sobre os operadores. Venco (2006:13) denomina esta situação como “*uma pirâmide de coações com efeito cumulativo*”, que determina o ritmo de trabalho.

Esse modo de produção marcadamente taylorista também é visível pelas seguintes características: pouco espaço para autonomia e criatividade; tempos rigidamente cronometrados; exacerbado controle dos movimentos e gestos; processo de trabalho constantemente monitorado e controlado; massificação para o trabalho e repetitividade, sendo os trabalhadores facilmente substituídos e organização do trabalho em postos individualizados de atendimento, de maneira que os operadores devem se remeter sempre à supervisão e nunca aos colegas (ROSENFELD, 2007; THIRIÓN, 2007).

Verifica-se ainda, que alguns *call centres* pertencem a grupos dominantes de telefonia, tais como a Atento, de origem na Espanha e *Tecmarketing*, no México (THIRIÓN, 2007). No Brasil, de acordo relato de dirigente sindical desta categoria, os *call centres* dessas empresas de telefonia utilizam essa estratégia para precarização de trabalho, uma vez que são empresas terceirizadas das suas próprias empresas. Elas apresentam contratação coletiva regulada por um instrumento legal, que são as terceirizadas e quando são motivos de ações no Ministério Público do Trabalho e Justiça do Trabalho não possuem os nomes das suas operadoras telefônicas vinculados às causas trabalhistas (DIÁRIO DE CAMPO, 2007).

Como decorrência desse perverso processo produtivo que remete a repetitividade de movimentos, a manutenção de posturas por tempo prolongado, a invariabilidade de tarefas, a monotonia, a uma sobrecarga psíquica, entre outros, verifica-se um contingente de trabalhadores doentes (ASSUNÇÃO & SOUZA 2000; ABRAMIDES & CABRAL, 2003). Para Barbalho⁶ (2007), “o setor de telemarketing é, atualmente, considerado um grande empregador, mas também, o maior ‘fabricante’ de doenças decorrentes do trabalho”. Outros aspectos importantes e inerentes às atividades dos teleoperadores, a ressaltar e que tem repercutido de forma nociva à saúde desses trabalhadores, são as pressões de chefia, ameaças de demissões e premiações dos programas de qualidade (ASSUNÇÃO & SOUZA, 2000; JACQUES, 2002; GHISLENI & MERLO, 2005; NOGUEIRA, 2006).

Essa sobrecarga neste ramo de atividades, assim como a utilização de práticas de precarização do trabalho vêm reunindo um conjunto de patologias diversas que formam o complexo perfil epidemiológico dessa categoria de trabalhadores, cada vez mais frequente nas atividades modernas (GLINA & ROCHA, 2003). O resultado tem sido o grande aumento de patologias nos seus processos saúde/doença relacionados ao trabalho, tais como, disfonias; sofrimento psíquico; as lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho - LER/DORT; entre outras (ASSUNÇÃO & SOUZA 2000; JACQUES, 2002; ABRAMIDES & CABRAL, 2003; ASSUNÇÃO & ALMEIDA, 2005).

⁶ IVOMAR DE MAGALHAES BARBALHO, Diretor de Saúde do Sindicato dos Trabalhadores em Telecomunicações do Distrito Federal (Sinttel-DF), em entrevista a AGÊNCIA BRASIL, 26/11/2007. <<http://www.agenciabrasil.gov.br/noticias/2007/11/26/materia.2007-11-26.8134857255view>>. Acesso em 28/10/2008.

CAPÍTULO II

AS LESÕES POR ESFORÇOS REPETITIVOS

Aspectos Teóricos

As lesões por esforços repetitivos (LER) /distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT) são afecções que exprimem um dos maiores sofrimentos advindos das relações entre trabalho e saúde, constituindo-se num problema de saúde pública do mundo do trabalho, independente do grau de desenvolvimento do país (MUROFUSE & MARZIALE, 2001; GHISLENI & MERLO, 2005; OLIVEIRA, 2006). Compõem-se de um conjunto de patologias, síndromes e/ou sintomas músculo-esqueléticos relacionados à situação do trabalho (SANTOS & BARRETO, 1998). Devido à sua importância para a saúde dos trabalhadores, muitos estudos vêm sendo desenvolvidos, uma vez que estas lesões podem gerar incapacidades bio-psico-sociais permanentes.

Bernardino Ramazzini, considerado “pai da Medicina do Trabalho” por ter realizado importantes associações entre o trabalho e modo de adoecer e morrer de diferentes categorias de trabalhadores, descreveu as lesões por esforços repetitivos, pela primeira vez, em escribas e notários no livro “*De Morbis Artificum Diatriba*”, em 1700:

“[...] Primeiro começou a sentir grande lassidão em todo o braço e não pôde melhorar com remédio algum e, finalmente, contraiu uma completa paralisia do braço direito. A fim de reparar o dano, tentou escrever com a mão esquerda; porém, ao cabo de algum tempo, esta também apresentou a mesma doença” (RAMAZZINI, 1988:158).

A importância das lesões por esforços repetitivos emerge no Brasil, na década de 80, começando a se configurar como uma doença ocupacional através do reconhecimento da tenossinovite pela Previdência Social⁷ como decorrente do esforço repetitivo na categoria de trabalhadores de processamento de dados. A busca desse reconhecimento deu-se através da articulação entre o movimento sindical, que reivindicava melhorias nas condições de saúde e trabalho e a medicina do trabalho, que passou a perceber a importância da influência das

⁷ Inicialmente, a direção geral do INAMPS orientou, através da Circular de Origem nº 501.001.55 nº 10, as Superintendências no sentido de reconhecerem a tenossinovite como doença do trabalho, quando resultante de “movimentos articulares intensos e reiterados”.

condições de trabalho no adoecimento dos trabalhadores (MAGALHÃES, 1998; OLIVEIRA, 2006).

As lesões por esforços repetitivos apresentam denominações distintas em diversos países, a saber: *Occupational Overuse Syndrome* – OOS (Austrália); *Cumulative Traume Disorders* – CTD e *Repetitive Strain Injuries* – RSI (Estados Unidos); *Pathologie Professionnelle de hypersolicitacion* (França) e *Lésions Attribuables au Travail Répétitif* (Canadá). Vale ressaltar que cada denominação tem relação com a história do processo de reconhecimento da doença como ocupacional nos diferentes países. Existe também uma tendência no meio científico em substituir algumas nomenclaturas por *Work Related Musculoskeletal Disorders* (WRMD), traduzida para o Brasil como distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho – DORT e afecções músculo-esqueléticas relacionadas ao trabalho (Amert) (BRASIL, 2006). Outro conceito bastante utilizado na literatura é o distúrbio músculo-esquelético (DME), que apresenta uma conotação similar as DORT (FERNANDES, 2004).

No Brasil, a terminologia LER foi proposta, em 1986, como tradução ao termo RSI – *Repetitive Strain Injuries* sendo amplamente utilizada inicialmente (MAGALHÃES, 1998). No entanto, muitas discussões ocorreram na tentativa de substituir esta nomenclatura, uma vez que ela não abrangia os fatores psicossociais e organizacionais relacionados ao trabalho. Essa nomenclatura permaneceu até 1998, quando o Instituto Nacional de Seguridade Social – INSS através da OS nº 606, de 05 de agosto de 1998, a modificou, aprovando a norma técnica sobre Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - DORT (INSS, 1998; PACHECO, 2002; OLIVEIRA, 2006). Em 2003, esse instituto alterou novamente a terminologia para LER/DORT (INSS, 2003). Segundo Oliveira (2006), a necessidade da “exatidão” estabelecida pelo INSS na caracterização da doença justifica este agrupamento dos termos LER e DORT. Para este estudo, utilizaremos o termo LER em virtude do significado para a história de luta dos trabalhadores acometidos por esta doença.

Mesmo com evidências científicas das LER, alguns autores como Wright⁸, Bell⁹, Cleland¹⁰ citados por Oliveira (1999) no artigo “LER – Lesão por Esforços Repetitivos: Um

⁸ Wright GD. The failure of the “RSI” concept. *Med J Aust* 1987;147:233-236.

⁹ Bell DS. “Repetition strain injury”: na iatrogenic epidemic of simulated injury. *Med J Aust* 1989;151:280-284.

¹⁰ Cleland LG. “RSI”: a modelo f social iatrogenesis. *Méd J Aust* 1987; 147:236-239.

Conceito Falho e Prejudicial” ainda criticam a existência desse complexo patológico ou mesmo a utilização dessa terminologia. Para este autor,

“o conceito de LER, além de não ter bases científicas, é iatrogênico, indutor de comportamento de doente. É um conceito que desvia as atenções para longe do problema real, provavelmente insatisfação no trabalho, problemas psicológicos pessoais, e até mesmo fraude. O conceito está levando à proposição de soluções inapropriadas e custosas que, combinadas com o grande número de pessoas em benefícios sociais, muito custam à sociedade” (OLIVEIRA, 1999:130).

Embora o conceito de LER seja insuficiente, estas críticas revelam-se infundadas, visto as incapacidades comprovadas por estas lesões. Enfatiza-se que, os próprios organismos internacionais de referência na área de Saúde e Segurança Ocupacional, com credibilidade no meio científico, como a *Occupational Safety and Health Administration - OSHA* e o *National Institute of Occupational Safety and Health - NIOSH*, atestam para a existência deste complexo patológico, bem como o coloca na relação das doenças de preocupação nacional, referenciadas pelo próprio autor.

As LER/DORT abrangem “quadros clínicos do sistema músculo–esquelético adquiridos pelo trabalhador submetido a determinadas condições de trabalho” (KUORINKA & FORCIER 1995), sendo uma “síndrome clínica” que se manifesta principalmente no pescoço, cintura escapular e/ou membros superiores em decorrência do trabalho, cujos sinais e sintomas referem-se a músculos, tendões, ligamentos, vasos, nervos e às articulações (ASSUNÇÃO & ALMEIDA, 2003). É caracterizada pela ocorrência de vários sintomas concomitantes ou não, de aparecimento insidioso, com presença de dor espontânea ou à movimentação passiva, ativa ou contra resistência, parestesia, sensação de peso e fadiga, limitação da amplitude de movimento e perda da força muscular, entre outras incapacidades (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000; ASSUNÇÃO & ALMEIDA, 2005).

De acordo com o Baremo Internacional de Invalideces – *Valoración de las Discapacidades y del Daño Corporal*, Mélenec (1997), as LER/DORT, baseadas na sintomatologia, podem ser estagiadas em cinco grupos de transtornos funcionais: leves; moderados; médios; importantes e muito importantes (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). A depender da gravidade do transtorno há diferentes significados e impactos para a população em estudo, visto que, quanto mais severo o transtorno funcional, maior dificuldade terá o sujeito em realizar suas atividades da vida diária, o que certamente implicará numa série de

infortúnios bio-psico-sociais, tornando-o mais dependente e vulnerável inclusive nas suas relações interpessoais.

Os distúrbios ocupacionais apresentam fatores predisponentes variados, de natureza biomecânica, psicossocial, constitucional, organizacional, entre outros. Os fatores biomecânicos, como os movimentos repetitivos, apresentam-se bem estabelecidos. É possível citar também, manutenção de posturas por tempo prolongado, trabalho muscular estático, falta de repouso, compressão mecânica de estruturas músculo-esqueléticas, invariabilidade das tarefas (BALDAN *et al*, 2002). No entanto, deve-se destacar a organização do trabalho como um influente fator para a ocorrência das LER.

As manifestações clínicas destas desordens apresentam-se como aspecto a dor e a incapacidade funcional que, com frequência, causam inaptidão temporária ou permanente para o trabalho. Os trabalhadores, quando podem, tentam mudar os seus gestos e movimentos do seu corpo durante a jornada como forma de compensação da dor. Conforme Assunção & Almeida (2003:1505), *“a proximidade da dor com a depressão e a angústia explica a dor difusa no curso da doença”*.

Em virtude da sua relevância, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) elaborou protocolos de atenção integral à saúde do trabalhador de complexidade diferenciada sobre as LER/DORT e a dor relacionada ao trabalho, com o intuito de orientar os profissionais que prestam assistência aos trabalhadores seja no Sistema Único de Saúde (SUS) ou nos demais serviços, bem como subsidiar as ações de vigilância em saúde do trabalhador.

Inicialmente, estes protocolos apresentam os possíveis fatores de risco das LER para posteriormente estabelecer os critérios clínicos para diagnóstico, que além da avaliação clínica tradicional feita pelos médicos, ressalta-se a importância da anamnese ocupacional (coleta de informações sobre a ocupação) e da investigação do posto ou atividade de trabalho, *in loco*, se for preciso. Para esses protocolos os exames complementares devem ser realizados a depender da necessidade. Dentre os exames a serem solicitados estão a radiografia, a ultrassonografia, a ressonância nuclear magnética e a eletroneuromiografia. Este documento enfatiza ainda a relevância da notificação, dos casos suspeitos ou confirmados, ao Sistema Nacional de Informação de Agravos Notificáveis – SINAN e à Previdência Social, através da emissão da Comunicação de Acidente de Trabalho – CAT, se o trabalhador possuir vínculo

empregatício regido pela Consolidação das Leis Trabalhistas - CLT. Os órgãos de vigilância também devem ser informados.

É salutar enfatizar que a maioria dos indivíduos com estas manifestações continua trabalhando apesar da dor (TEIXEIRA & FIGUEIRÓ, 2001; WALSH *et al*, 2004). Segundo Guattari¹¹ (1996), isto ocorre porque a identidade do trabalhador está ligada à busca pelo reconhecimento social do indivíduo e é por meio deste, que estes sujeitos vêem a possibilidade de pertencimento a uma comunidade ou grupo social, dando sentido, muitas vezes à própria existência (GUATTARI, 1996 *apud* GHISLENI, 2005).

De acordo Jacques (2002), *“os trabalhadores relataram serem dedicados e não entenderem a razão de não conseguirem mais trabalhar. A doença para eles não os libera das práticas profissionais, permanecendo impulsionados a manter-se trabalhando presos à dominação capitalista produtiva, visto ser esta a única na maneira de darem sentido às suas existências e de permanecerem integrados à sociedade e serem cidadãos”*. O que provavelmente justifica a persistência em se trabalhar com dor. Devem ser consideradas também outras hipóteses. O trabalhador luta para permanecer no emprego porque sua força de trabalho é a única propriedade que lhes pertence. Outra hipótese que também fundamenta esta permanência é a ausência de opção, ou se trabalha com dor, ou então, resta-lhes o desemprego.

Relação da atividade de *telemarketing* com as LER e seu panorama na Bahia

As LER representam as principais causas de absenteísmo por doença do trabalho notificada, e esta condição acarreta prejuízos econômicos para os trabalhadores, ao se afastarem do trabalho em idade produtiva; para as empresas, com a redução da produtividade em função do aumento do absenteísmo por doença; para a Previdência Social, com maiores custos com aposentadorias precoces e outros benefícios relativos ao seguro por acidente do trabalho; e para o SUS, no âmbito da assistência à saúde dos lesionados, inclusive com tratamentos prolongados típicos de doenças crônicas não infecciosas (PENA *et al*, 2006).

¹¹ Guattari, F. & Rolnik, S. (1986). *Micropolítica: Cartografias do desejo*. Petrópolis, RJ: Vozes (Fonte: GHISLENI *et al*, 2005)

A prevalência das LER tem crescido significativamente em vários países, muito provavelmente em função das transformações do mundo do trabalho, que com sua precarização, desconsidera os limites físicos e psicossociais dos trabalhadores. Alguns desses, já sofreram ou sofrem com epidemias destas doenças, tais como, a Inglaterra, Países Escandinavos, Japão, Estados Unidos, Austrália e Brasil (BRASIL, 2006). Em virtude disto e das reivindicações da sociedade civil organizada, aumentou-se também a visibilidade e as consequências decorrentes destas desordens, visto seu impacto social.

Os dados disponíveis, no entanto, nem sempre refletem a realidade deste quadro. No Brasil, mesmo em se tratando de um agravo de notificação compulsória¹², nem sempre o diagnóstico é bem estabelecido ou os trabalhadores não informam as empresas sobre o seu adoecimento com medo de perder o emprego ou até por desconhecimento do seu quadro.

Para o Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, que contempla todos os trabalhadores, inclusive os sem vínculo empregatício celetistas, as empregadas domésticas e os estatutários, as LER/DORT representam o conjunto de patologias do trabalho mais prevalente na Bahia, perfazendo 60% das notificações (SOUZA, 2003). Outro dado relevante foi que a faixa etária mais atingida, com 85,6%, estava situada entre 15 a 49 anos.

Em distinto estudo realizado na Bahia com base nas Comunicações de Acidentes de Trabalho – CAT, documento da Previdência Social para registro dos acidentes e doenças do trabalho ocorridos entre trabalhadores no âmbito do mercado formal, constatou-se que as lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho representaram um dos principais diagnósticos das doenças relacionadas ao trabalho, com 44,5% (CONCEIÇÃO, 2003).

Souza & Estrela (2003), em estudo da série histórica realizado por demanda do Centro de Estudos em Saúde do Trabalhador - Cesat, baseado em dados de 10.133 prontuários médicos, do período de dez anos, verificaram que em 2000, os operadores de telecomunicações encontraram-se entre as dez categorias mais frequentes. Em relação à distribuição das doenças ocupacionais diagnosticadas, as LER obtiveram 51,6% do total, onde os principais tipos apresentados foram: síndrome do túnel do carpo, tenossinovite de punho, síndrome do manguito rotador, epicondilite, tendinite bicipital e doenças da coluna vertebral.

¹² Portaria GM nº 777, do Ministério da Saúde, de 28 de abril de 2004.

Outro aspecto significativo do estudo supracitado foi o percentual de jovens (20-29 anos) que demandaram este Centro de Referência para investigação dessas patologias, evidenciando que trabalhadores em início de carreira estão sendo expostos a condições de trabalho tão precárias que em pouco tempo de exposição já apresentam doenças. Esta faixa etária encontrada também é a característica dos operadores de *telemarketing*.

Em levantamento¹³ realizado pelo Instituto Nacional da Seguridade Social – INSS constatou-se que 1.107 trabalhadores de *call center* foram afastados do trabalho no período de 2003 a 2005. Esse levantamento demonstrou que, dentre as principais doenças responsáveis por estes afastamentos do *telemarketing*, 45% estavam relacionadas às doenças osteomusculares. Segundo informação de representante da instituição, esses dados foram levantados em virtude do número elevado de trabalhadores doentes deste ramo produtivo.

De acordo o Código de Prática de Segurança e Saúde Ocupacional em *Call Centres*, da Austrália, o trabalho no *call center* pode ser considerado como fator de risco para o desenvolvimento de lesões músculo-esqueléticas, principalmente para pescoço, ombro, punho, mãos e coluna lombar (AUSTRALIA, 2005).

Segundo HALES (1994), as situações de trabalho no setor de *telemarketing* apresentam correlação estatística com DORT, como pressão aumentada de trabalho, variações grandes e imprevistas no trabalho, atividades de rotina e sem oportunidade de tomada de decisão, intensa demanda de processamento de informações e necessidade de assumir várias tarefas.

Norman *et al* (2004), estudando as condições de trabalho e saúde entre operadores de um *call center* na Suécia, encontraram uma alta proporção de sintomas músculo-esqueléticos referidos em uma ou mais partes do corpo quando comparados a outros trabalhadores que utilizavam computador, sendo 86% das mulheres e 68% dos homens do grupo de teleoperadores. Estes trabalhadores também relataram baixo controle e oportunidade limitada para influenciar nos seus trabalhos e um suporte precário dos supervisores imediatos. Outro dado relevante é o uso de drogas medicamentosas para suportar os sintomas músculo-esqueléticos. Os resultados indicaram que os operadores de *telemarketing*, mesmo com uma carreira curta, são expostos a condições de trabalho que aumentam o risco de desenvolvimento das LER.

¹³ Relatório de ação de auditoria extraordinária em benefícios por incapacidade de segurados que trabalham em empresas de *Call Center*. Ofício 04-001/163/2006/GEXSAL/INSS, de 23 de maio de 2006.

Estudo realizado por Ferreira Junior & Saldiva (2002) demonstrou que o trabalho de teleatendimento envolvendo a interação computador-telefone geralmente envolve movimentos repetitivos, postura estática, alta demanda de produtividade, monitoramento direto e indireto de desempenho, relação hierárquica conflituosa, entre outras habilidades. Este estudo também demonstrou uma associação significativa entre a presença de sintomas músculo-esqueléticos, principalmente em pescoço, ombro, punho e mão, e o trabalho desenvolvido por estes operadores.

Rocha *et al* (2006), em pesquisa realizada com operadores de *telemarketing* de uma central de atendimento telefônico de um banco de São Paulo, observaram a elevada prevalência de sintomas osteomusculares principalmente em pescoço, ombro, punho e mãos. Também foi constatada a combinação entre altas demandas e baixo controle sobre o trabalho, configurando uma situação de estresse que pode aumentar o risco desses distúrbios. A faixa etária jovem, de 18 a 23 anos, foi encontrada em todos os entrevistados.

Conforme visto nos estudos supracitados, a correlação entre a atividade de *telemarketing* e o aparecimento de sintomas músculo-esqueléticos é evidente, principalmente em virtude da sua organização de trabalho caracterizada pela exigência de ritmo intenso; pelo conteúdo pobre das tarefas; pela existência de pressão exercida das chefias; os mecanismos de avaliação, punição e controle da produção dos trabalhadores em busca de produtividade, desconsiderando as individualidades dos trabalhadores.

Então, a fim de evitar o adoecimento dos trabalhadores, Dejours (2007:24) retrata que se deve considerar que:

“O organismo do trabalhador não é um ‘motor humano’...; o trabalhador não chega a seu local de trabalho como uma máquina nova. Ele possui uma história pessoal que se concretiza por uma certa qualidade de suas aspirações, de seus desejos, de suas necessidades psicológicas, que integram sua história passada. Isso confere a cada indivíduo características únicas e pessoais e o trabalhador, enfim, em razão de sua história, dispõe de vias de descarga preferenciais que não são as mesmas para todos [...]”.

Diante da gravidade destas informações, torna-se evidente a necessidade de que estudos sejam realizados visando compreender os significados ou a experiência da LER para os operadores de *telemarketing*.

As LER e os Significados

Se por um lado este trabalho é o que mais tem se expandido no setor de serviços no país, por outro, o adoecimento desta categoria em larga escala torna-se um fenômeno preocupante pela magnitude, por atingir uma importante população trabalhadora, conforme explicitam os dados. Outro aspecto ainda não suficientemente conhecido ou descrito na literatura são os significados atribuídos ao adoecimento por estes trabalhadores. Vale ressaltar que as LER não se constituem apenas de um fenômeno clínico, passível de ser explicado apenas na perspectiva biomédica (*disease*).

Compreender a experiência das LER para os operadores de *telemarketing* possibilita elucidar a situação de adoecimento em que estes se encontram. Mostra-se pertinente também tentar construir um modelo explicativo de como estes indivíduos respondem aos “*episódios concretos da doença*” e como modificam suas experiências subjetivas em “*realidades dotadas de significação*” (ALVES, 2003:264).

A enfermidade ou perturbação (*illness*) não representa apenas o que o indivíduo sente quando apresenta o problema de saúde, mas a sua significação sobre este. Segundo Helman (2006:114), “*a perturbação não inclui somente a experiência pessoal do problema de saúde, mas também o sentido que o indivíduo dá a mesma*”. Então, indivíduos provenientes de culturas ou origens sociais distintas podem interpretar, de maneira diferente, a mesma doença ou sintomas. Isto demonstra como as dimensões psicológicas, moral e social devem ser consideradas na compreensão de como os sujeitos interpretam seus problemas de saúde e de como respondem a eles (KLEINMAN, 1980; HELMAN, 2006).

Deste modo, definir um indivíduo como doente vai implicar numa série de experiências subjetivas. Essas vão variar de acordo com o “comportamento do enfermo” (*illness behaviour*) em assumir sua condição de doente, ou seja, o seu papel de enfermo (*sick role*). Mechanic¹⁴ (1968) afirma que este comportamento vai variar entre os indivíduos e grupos sociais quanto as suas respostas para a doença, ou seja, indivíduos e grupos assumem o papel de enfermo de forma diferenciada (ALVES, 1993). No entanto, outros indivíduos podem definir alguém como doente, mesmo na ausência de experiências consideradas anormais (HELMAN, 2006). Portanto, segundo Helman (2006:116), na maioria dos casos,

¹⁴ MECHANIC, D., 1968. *Medical Sociology*. New York: The Free Press (Fonte: ALVES, 1993).

“uma pessoa é definida como doente se houver concordância entre suas próprias percepções de comprometimento ao bem-estar e as percepções das pessoas ao seu redor”.

Para Alves (1993: 264), *“a enfermidade, portanto, não é meramente um estado de sofrimento, mas também uma realidade social”* devendo-se buscar compreender para além da doença, o modelo explicativo sobre a enfermidade, visto que esta só pode ser entendida em um contexto específico de normas, significados simbólicos e interação social (KLEINMAN, 1980). Explicados, segundo Friedson¹⁵ (1988), como decorrente do modelo biomédico, predominante nesta sociedade em função da dominação da medicina em estabelecer as prerrogativas na definição e tratamento da doença, concebe a doença somente como resultado de fatores morfofisiológicos (ALVES, 1993).

Ao se abordar as LER em operadores de *telemarketing*, pode-se observar que, mesmo em contextos culturais, sociais e econômicos similares, há diferenças importantes na percepção tanto da origem dos sintomas como nas suas respostas aos mesmos problemas. Cada operador de *telemarketing* tem uma linguagem própria de sofrimento, buscando uma ligação entre as *“experiências subjetivas de comprometimento do seu bem-estar e o reconhecimento social dessas experiências”* (Helman, 2006, p.117), havendo uma busca por um modelo que explique a sua enfermidade.

Kleinman (1978) define modelo explicativo da enfermidade como *“as noções sobre um episódio de doença e seu tratamento que são empregadas por todos aqueles engajados em um processo clínico”* (KLEINMAN, 1978 apud ALVES, 1993:266), ou como propõe Alves (2006), esses modelos são definidos como noções, conjunto de proposições ou generalizações sobre a enfermidade.

Os modelos explicativos servem para determinar o que é considerado como "evidência clínica relevante" e como esta é organizada e interpretada em tratamentos específicos. Em sua estrutura, os modelos diferem entre si na resposta que oferecem à etiologia, ao tempo, ao modo do surgimento de sintomas, à fisiopatologia, ao curso e severidade da doença e do tratamento (ALVES, 1993; ALVES, 2006). Os modelos explicativos referem-se, portanto, a

¹⁵ FREIDSON, E., 1988. *Profession of Medicine*. 2nd ed., Chicago: The University of Chicago Press (Fonte: ALVES, 1993).

conhecimentos e valores que são construídos socialmente pelos diferentes "sistemas de cuidados à saúde" (ALVES, 2006).

É salutar destacar dentre os significados atribuídos pelos operadores de *telemarketing*, os significados da dor crônica, visto ser este um dos sintomas mais presentes nas LER e que imprimem grande sofrimento a estes trabalhadores (LIMA, 2005). Para esta autora (p.28), a dor é um sintoma aceito no modelo biomédico, mesmo não oferecendo sinais objetivos da sua presença, *“não sendo tratada apenas como uma enfermidade (illness), percebida pelo sofredor; é remetida à condição de doença (disease), portanto considerada um objeto da medicina”*.

Segundo Alves (1993), a enfermidade constitui-se numa significação. Desta forma, *“o significado tem função estruturante: em torno do que as coisas significam, as pessoas organizam de certo modo suas vidas, incluindo seus próprios cuidados com a saúde”* (TURATO, 2005:509). Como afirma Geertz (1989), trata-se de uma interpretação das interpretações, isto é, consiste essencialmente em empregar atos, fatos, falas e interpretações para formar um modelo lógico que seja explicativo dessa realidade, na maioria das vezes inacessível aos indivíduos. Nesse contexto é que se compreendem as significações.

Os significados das LER pelos trabalhadores que vivenciam esta enfermidade requerem maiores discussões, pois estudos como este, correspondem a uma das principais lacunas acadêmicas na área de *telemarketing*. A literatura científica apresenta vários estudos epidemiológicos, ergonômicos e organizacionais, todavia, questões relacionadas aos significados deste complexo patológico nesta categoria de trabalho ainda carecem de melhor exploração.

A necessidade da realização de estudos no campo da saúde do trabalhador, que abordem a relação trabalho e saúde/doença constitui-se num importante desafio, visto sua natureza complexa e conflitiva (MINAYO-GOMEZ & THEDIM-COSTA, 1997). Segundo esses autores (2003), mesmo com progressos importantes a cerca da produção do conhecimento nessa área, existe ainda uma necessidade em se estudar diversas categorias de trabalho que possuem vulnerabilidade social. A discussão sobre a relação entre trabalho e o processo saúde/doença torna-se extremamente necessária em virtude dos “efeitos nocivos” de

trabalhos realizados em condições precárias (MINAYO-GOMEZ & THEDIM-COSTA, 1997: 24), tais como o trabalho do *telemarketing*.

Nesta perspectiva, este estudo poderá contribuir para a melhoria das condições de trabalho e saúde neste setor porque possibilita compreender a rede de significados das LER nesse grupo de trabalhadores. A construção de modelos explicativos e a proposição de políticas públicas voltadas para a promoção, prevenção e reabilitação dos operadores de *telemarketing*, ampliando intervenções possíveis sobre trabalhador doente e o contexto do trabalho e do sistema de cuidados à saúde.

CAPÍTULO III

O PERCURSO REALIZADO

Fase Exploratória de Campo

Segundo Minayo (1996, p. 89), “*a fase exploratória da pesquisa é tão importante que ela em si pode ser considerada uma Pesquisa Exploratória*”.

Esta etapa foi iniciada em 2005, através da participação da pesquisadora em oficinas (02) sobre condições de saúde e trabalho no *telemarketing*, realizadas na Fundação Jorge Duprat (Fundacentro). Estas oficinas contaram com representantes do sindicato da categoria (Sinttel), Delegacia Regional do Trabalho (atual Superintendência Regional de Trabalho e Emprego - SRTE), Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador (Cesat), Fundacentro, universidades, trabalhadores do *telemarketing*, entre outros.

Fase esta onde se discutia nacionalmente a aplicação da Recomendação Técnica DSST Nº 01/2005 (BRASIL, 2005) sobre Segurança e Saúde nas Atividades de Teleatendimento e a elaboração do Anexo II (Trabalho em Teleatendimento/*Telemarketing*) da Norma Regulamentadora nº 17 (Ergonomia), anexo este, aprovado pela Portaria nº 09, de 30 de março de 2007, visando às boas práticas a serem adotadas na concepção e funcionamento dos serviços em *call center*, no sentido da preservação da saúde dos trabalhadores do setor.

Observando-se naquele momento uma crescente procura aos Departamentos de Saúde dos Sindicatos desta categoria, Delegacias Regionais do Trabalho e Instituto Nacional de Previdência Social – INSS pelos teleoperadores portando doenças relacionadas a este ramo de atividade, como as LER, transtornos mentais e disfonias ocupacionais.

Em 2006, foram acompanhados/observados os atendimentos de trabalhadores portadores de doenças do trabalho relacionadas a esta atividade, no Departamento de Saúde do Sinttel-Ba. Vale ressaltar que esta atividade foi autorizada pelo médico do trabalho, pelos trabalhadores e pela diretoria deste sindicato.

Esta fase exploratória foi extremamente relevante, pois permitiu uma aproximação com o campo; o conhecimento das atividades desenvolvidas pelos operadores de

telemarketing e os problemas que estes vivenciavam nos ambientes de trabalho; apropriação da linguagem/termos utilizados por estes trabalhadores, bem como a escolha inicial do tópico de investigação; delimitação do problema e construção do marco teórico-conceitual.

Neste período também foi possibilitada a participação na construção do projeto intitulado “Novas tecnologias de organização e controle do trabalho no setor de *telemarketing* e impactos na saúde”, sob coordenação do Prof. Paulo Gilvane Lopes Pena, aprovado pelo Comitê de Ética da Maternidade Climério de Oliveira, da Universidade Federal da Bahia. Parte dos recursos deste projeto foi adquirida pelo Conselho Nacional de Pesquisa Científica - CNPq, conforme Edital Universal.

O Estudo

Tratou-se de um estudo de abordagem etnográfica, portanto, de natureza qualitativa, com operadores de *telemarketing* portadores de LER, da cidade de Salvador-BA. O estudo foi realizado por meio de entrevistas em profundidade realizadas no ambulatório especializado em doenças do trabalho, do Sindicato dos Trabalhadores das Telecomunicações do Estado da Bahia – Sinttel-Ba, na referida cidade; observações de locais de trabalho e análise de documentos das empresas e do sindicato. Realizou-se o trabalho de campo no período de um ano e seis meses, ressaltando que neste tipo de estudo a análise dos dados começa mesmo antes do observador deixar o campo (MINAYO, 1996). Dados aqui tomados como as informações narrativas e observacionais.

A amostra qualitativa foi definida em função da saturação dos temas e categorias de análise extraídos das entrevistas (método de saturação das entrevistas). De acordo com Minayo (1996, p.102), alguns cuidados devem ser vistos com o processo de amostragem, com o objetivo de

“refletir a totalidade em suas múltiplas dimensões: privilegiar os sujeitos que detém as informações e experiências que o pesquisador deseja conhecer; considerar um número suficiente para a reincidência das informações; escolher um conjunto de informantes que possibilitem a apreensão de semelhanças e diferenças; esforçar-se para que a escolha do lócus e do grupo de observação e informação contenham o conjunto das experiências e expressões que se pretende objetivar com a pesquisa”.

O estudo contou com 28 (vinte e oito) informantes-chave que destes, posteriormente foram selecionados 10 (dez), baseados nos seguintes critérios: ser operador de *telemarketing* conforme a Classificação Brasileira de Ocupações (BRASIL, 2002); possuir diagnóstico clínico de LER; trabalhadores de ambos os sexos que estivessem demitidos ou na ativa ou que possuíssem benefício previdenciário. Todos os trabalhadores possuíam como última ocupação na carteira de trabalho, a função de operador de *telemarketing*. Também foram entrevistados, dirigentes sindicais portadores ou não de doenças do trabalho e ex-operadores de *telemarketing*. Essas demais entrevistas foram realizadas com o intuito de melhor compreender esse universo e verificar opiniões de outros trabalhadores sobre a temática em questão. Com os dez informantes-chave, foram realizadas 18 entrevistas. Ressalta-se que, todos os trabalhadores selecionados possuíam comprovação diagnóstica de LER realizada mediante algum exame complementar como ultrassonografia, ressonância nuclear magnética e eletroneuromiografia. A caracterização destes trabalhadores encontra-se ao fim deste capítulo.

Foram excluídos da pesquisa os operadores de *telemarketing* que desempenham outro tipo de ocupação; os trabalhadores que residiam em outra cidade e aqueles que não aceitaram participar da pesquisa após conhecer seu método e aspectos éticos.

Foi considerado operador de *telemarketing* ou teleoperador todo funcionário de empresa de *call center* que, segundo a Classificação Brasileira de Ocupações, “*Atendem usuários, oferecem serviços e produtos, prestam serviços técnicos especializados, realizam pesquisas, fazem serviços de cobrança e cadastramento de clientes, sempre via teletendimento*” (BRASIL, 2002).

As técnicas de pesquisa utilizadas foram a entrevista em profundidade (ANEXO I) e a observação participante. A entrevista pode ser considerada “*uma conversa com finalidade*”, que permite a captação imediata e corrente da informação desejada, possibilitando correções, esclarecimentos e adaptações que a torna eficaz (MINAYO, 1996). Foram observadas condições gerais de vida e trabalho, experiências de adoecimento e sofrimento do trabalho e seus significados.

Visando à reconstrução da experiência do adoecer, utilizou-se a entrevista narrativa que “*tem em vista uma situação que encoraje e estimule um entrevistado a contar a história sobre algum acontecimento importante de sua vida e do contexto social*”

(JEVCHELOVITCH, 2005:93). Esta se constitui numa técnica que visa “*obter acesso aos sentidos atribuídos à experiência dos indivíduos e aos seus esquemas interpretativos no que concerne à realidade da vida cotidiana, com enfoque no fenômeno do adoecimento humano*” (LIRA *et al.*, 2003).

As entrevistas deram-se inicialmente na fase exploratória de campo, com o projeto aprovado pelo Edital Universal do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq intitulado “Novas tecnologias de organização e controle do trabalho no setor de *telemarketing* e impactos na saúde” cujo objetivo central é compreender os significados das patologias e distúrbios psicofisiológicos associados a novas técnicas de gestão e intensa solicitação no trabalho para os operadores de *telemarketing*, atendidos em ambulatório na cidade de Salvador, onde esta pesquisa está inserida. Posteriormente foram selecionados os informantes-chave.

Alguns dos informantes-chave foram observados em seu cotidiano (itinerário terapêutico, atividades da vida diária, busca de direitos trabalhistas decorrentes do adoecimento, dentre outros), através da observação participante. De acordo Minayo (1996:135), esta técnica deve ser utilizada “*como forma complementar para a captação da realidade empírica*” sendo definida “*como um processo pelo qual se mantém a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica*”.

Utilizou-se na modalidade de observação, o participante (pesquisador) como observador¹⁶. A abordagem do pesquisador para com os informantes-chave teve máxima profundidade possível, tendo, no entanto, uma observação informal do cotidiano, dos acontecimentos julgados relevantes por estes informantes e no acompanhamento das atividades da vida diária (MINAYO, 1996). Os locais de trabalho também foram analisados como forma de conhecer e melhor elucidar os processos e ambientes de trabalho dos operadores. Foram realizadas 10 (dez) visitas a *call centres*, sendo três (03) em centrais com menos de 100 postos de trabalho; três (03), em centrais com 100 a 500 postos de trabalho e 04 (quatro) em centrais com mais de 500 postos de trabalho. A caracterização dos *call centres* observados encontra-se descrita neste capítulo.

¹⁶ Participante-como-observador é uma modalidade de observação participante descrita por Minayo, onde há consciência tanto do pesquisador quanto do sujeito da pesquisa de uma relação passageira, ou seja, enquanto dura o trabalho de campo (MINAYO, 1996, p.142).

Foram observados ainda, atendimentos médicos no Departamento de Saúde do Sinttel-Ba, com autorização prévia dos trabalhadores e do médico do trabalho; audiências realizadas no Ministério Público do Trabalho 5ª Região sobre empresas que estão em processo de ajustamento de conduta; reuniões no sindicato entre trabalhadores e comissão de saúde, encontros sobre as condições de saúde dos trabalhadores das telecomunicações.

Os instrumentos utilizados durante as entrevistas e observações constituíram-se de um gravador, um diário de campo e máquina fotográfica (para os ambientes de trabalho). A gravação objetivou preservar a fidedignidade das falas dos sujeitos da pesquisa (MINAYO, 2004) e as fotografias, para uma melhor percepção do ambiente e dos trabalhadores no local de trabalho. O diário de campo foi importante para escrever as impressões pessoais, observações de comportamentos contraditórios com as falas ou que as enfatizavam, manifestações dos interlocutores quanto aos pontos investigados (MINAYO, 1996), silêncio... gestos... expressões.

A análise das narrativas dos sujeitos, a partir das entrevistas em profundidade, gravadas e transcritas foi complementada com os registros do diário de campo: observações realizadas em campo e no momento das entrevistas. Além disso, foi realizada análise documental com o intuito de verificar as condições de trabalho e saúde nas centrais de teleatendimento relacionadas aos casos estudados. Foram analisados documentos técnicos emitidos por órgãos de vigilância e de fiscalização em saúde do trabalhador sobre a organização e processo de trabalho; documentos administrativos de empresas de teleatendimento, análises ergonômicas de trabalho, relação de atestados médicos contendo a classificação internacional de doenças (CID), termos de ajustamento de conduta realizados pelo Ministério Público do Trabalho 5ª Região e informações dos prontuários médicos dos trabalhadores sujeitos da pesquisa, do departamento de saúde do sindicato.

Dessa abordagem nasceu uma análise complexa e necessária à compreensão sobre a enfermidade nesta categoria de trabalhadores. Das análises das narrativas, foi feita a seleção de significantes ou unidades analíticas, expressas nas falas desses trabalhadores, sujeitos do estudo. Para Minayo (2006), Geertz (1989) e Barthes (1997) os significantes, termos ou sentenças, expressam os aspectos mais significativos do problema.

Nem sempre enunciado em palavras, as expressões de dor serão valorizadas neste estudo como signos extralingüísticos (BARTHES, 1997). Para tanto, foi relevante descrever o

contexto específico da fala, registrar os fragmentos da história de vida, os sintomas e outros signos da doença relacionados ao trabalho em *telemarketing*, interpretados pelo sujeito, paciente de sua enfermidade (LAPLANTINE, 1991).

Esta análise buscou evidenciar os significantes do mundo intersubjetivo e significantes dos sintomas, conforme apresentado no diagrama analítico (Anexo II). O processo de seleção de significantes foi iniciado na fase exploratória do campo.

Os significantes do mundo intersubjetivo elencados inicialmente foram: interferências interpessoais, cotidiano modificado, medo de desemprego, de incapacidade e de perder o que conquistou, vergonha por não trabalhar como antes de adoecer, estigma e assédio moral. Nos significantes dos sintomas foram abordados: a dor e suas características, a limitação da amplitude de movimento e as interferências nas realizações das atividades domésticas, de lazer e de higiene pessoal, tratamentos utilizados (conservadores e alternativos) e seus efeitos, os tratamentos caseiros e práticas de tradição para a dor, automedicação para conseguir trabalhar (dopagem), entre outros. A partir desses significantes, foi elaborada uma “teia de significados” (Anexo III), de onde emergiram as categorias analíticas desse estudo.

Ressalta-se que, diante das características deste estudo, apenas alguns aspectos (categorias) foram aqui apresentados, tais como: o estigma; o assédio moral e a violência psicológica vivenciados por estes trabalhadores foram agrupados em uma única categoria para fins de análise; as mudanças no cotidiano (denominado como cotidiano modificado) e suas perspectivas de vida como portadores desta enfermidade.

Aspectos Éticos

Os aspectos éticos foram contemplados em conformidade com a Resolução CNS 196/96, para pesquisa em seres humanos, em concomitância com a discussão com representantes dos sujeitos da pesquisa junto ao sindicato da categoria estudada e, ainda, junto aos trabalhadores lesionados que se organizam de forma independente. Dessa forma, foram cumpridas as seguintes etapas para procedimentos éticos: garantia de sigilo absoluto das informações, a fim de evitar constrangimentos sobre as informações a serem recebidas e assegurar que não ocorram danos morais, econômicos e de saúde para com o trabalhador.

O projeto de pesquisa foi registrado no Comitê de Ética em Pesquisa da Maternidade Climério de Oliveira sob o nº 002/08 e aprovado pelo Parecer/Resolução nº 021/2008. Foram

obtidos Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) de todos os voluntários da pesquisa, que participarem das entrevistas (ANEXO IV).

Limitações do Estudo

A pesquisa qualitativa permite a realização de estudos em profundidade no âmbito de um dado objeto de investigação. Nesse sentido, pode ser particularmente útil no conhecimento de conceitos não formais de doença inscritas no universo subjetivo dos operadores de *telemarketing*, no caso as LER, na identificação de novas modalidades de compreensão deste conjunto de enfermidades, principalmente, para fundamentar ou fortalecer hipóteses para futuros estudos em contextos específicos.

Entretanto, a principal limitação desta modalidade de desenho de estudo se refere a não generalização dos resultados por se tratar de estudo de casos num local específico, como o sindicato desta categoria profissional. No entanto, por ser também específico e localizado, pode permitir um entendimento mais detalhado dos aspectos relacionados à condição de vida e trabalho dos operadores de *telemarketing*.

Na tentativa de minimizar esta limitação (população que procura o sindicato), buscou-se entrevistas com ex-operadores, portadores de LER ou que não suportaram o trabalho desenvolvido no *call center* e pediram demissão ou foram demitidos. Essa busca se deu na tentativa de agregar novos elementos à compreensão do problema.

Coube à análise desses dados, o rigor metodológico, o esforço intelectual do pesquisador no sentido de identificar possíveis interferências no momento das entrevistas, e assim elaborar criticamente relações entre as categorias construídas e a realidade apreendida (MINAYO, 1996).

Caracterização dos *Call Centres* observados no Estudo

Conforme explicitado anteriormente, foram realizadas dez visitas a *call centres*, com o objetivo de observar a organização e condições do trabalho neste ramo produtivo. Também foram analisados documentos técnicos¹⁷ de um órgão público que realiza ações de vigilância em saúde do trabalhador, no estado da Bahia. Neste tópico, serão descritas as características gerais de empresas que possuíam trabalhadores entrevistados neste estudo. Das empresas observadas, apenas uma possuía como contratantes órgãos públicos. As demais empresas prestavam serviços a cartões de crédito, telefonia e bancos. Tentando elucidar melhor as descrições, algumas fotografias serão apresentadas.

Estas empresas possuem setores ou “ilhas” (conforme denominação de empresas), sendo classificados conforme os tipos de serviços que prestam aos clientes/consumidores. Para os bancos e cartões de créditos, os serviços são responsáveis por: evitar fraudes e roubos dos cartões de crédito dos clientes; por manter a continuidade do cliente no cartão de crédito quando este deseja o cancelamento; atender clientes especiais, ou seja, os que possuem elevadas transações bancárias; atendimento aos serviços de saldo, limites de cartão, solicitações de fatura e de cartão adicional, entre outros.

Para telefonia, os serviços oferecidos vão desde a solicitação de segunda via de contas, desbloqueio de telefones fixos ou celulares, suporte a banda larga, oferta de produtos ou assinaturas de canal fechado, entre outras. Para demais as empresas, os serviços prestados eram orientações acerca de emissão de documentos; suporte aos clientes, com o objetivo de corrigir prováveis erros no sistema operacional (helpdesk) da empresa contratante.

O tempo médio de atendimento (TMA) observado variou de 120 a 360 segundos. Ressaltando que o maior destina-se a clientes especiais ou para evitar cancelamento de contas bancárias, cartão de crédito e linhas telefônicas. Não foi possível observar o número de ligações atendidas por operadores por turno de trabalho.

¹⁷ Documentos Técnicos nº 001/2004; nº 004/2008; nº 034/2008; nº 039/2008 da Coordenação de Vigilância de Ambientes e processos de trabalho do Centro Estadual de Referência em Saúde do Trabalhador - CESAT.

Foto 1: Visão Panorâmica de um Call Center que presta serviços a bancos.



Fonte: Cesat, 2008

Os postos de atendimento (PA) são agrupados em ilhas, classificadas de acordo com o tipo do serviço prestado.

Foto 2: Visão de um Call Center que possui mais de 3.000 posições de atendimento e que presta diversos tipos de serviços.



Posição estratégica da supervisão de teleatendimento.

Fonte: Cesat, 2008

Foto 3: Cadeira do posto de trabalho do operador de *telemarketing*.



Fonte: Cesat, 2008

Foto 4: Cadeira do posto de trabalho do supervisor.



Fonte: Cesat, 2008

Observa-se que as cadeiras dos supervisores são mais altas e os postos de trabalho são posicionados na extremidade de forma que seja possível uma visão de todos os operadores da sua ilha de atendimento.

O Posto de Trabalho é denominado de posição de atendimento (PA), sendo formado por mobiliário (mesa, assento) e equipamentos (*head-set*, monitor, teclado, *mouse*, CPU - unidade central de processamento), conforme observados nas fotografias acima. No posto de trabalho do supervisor encontra-se ainda um aparelho para escuta das ligações dos operadores.

Foto 5: Destaque para o equipamento *head-set*.



Fonte: Cesat, 2008

Foto 6: Aparelho que se conecta ao head-set para a realização ou recebimento das chamadas telefônicas.



Observa-se a tecla MUTE utilizada para a desativação da transmissão de voz. Essa tecla quando acionada impede que o cliente escute o que o operador está falando.

Fonte: Cesat, 2008

Conforme observado nos documentos técnicos supracitados, as empresas, de modo geral, não realizam treinamentos com os trabalhadores para informar sobre as formas de adoecimento relacionadas à sua atividade, suas causas, efeitos sobre a saúde e medidas de prevenção. Normalmente são realizados treinamentos operacionais, como exemplos, atendimento ao cliente e técnicas de negociação. Portanto, os trabalhadores ignoram os riscos de adoecer a que estão expostos.

Os Programas de Prevenção de Riscos Ambientais (PPRA) e de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) analisados não correspondem à realidade encontrada nos locais. Em muitos deles, chama-se a atenção o fato de negarem a existência de riscos ocupacionais nas atividades de teleatendimento/*telemarketing*, o que aponta a criticidade destes documentos. Está fartamente documentada na literatura científica a associação entre este ramo de atividade e as doenças do trabalho dos operadores de *telemarketing* (SALDIVA, 2002; GERR *et al*, 2004; NORMAN *et al*, 2004).

Nestas centrais de teleatendimento são realizados atendimentos receptivos, ou seja, quando as ligações são originadas do cliente para a empresa com o objetivo de solicitar informações acerca do cartão de crédito, conta bancária, conta telefônica, emissão de documentos, entre outras; e atendimentos ativos, situação inversa.

No atendimento receptivo, o processo de trabalho tem início no aguardo da ligação do cliente. Após completar a chamada o cliente solicita informações desejadas. Quando da solicitação de informações, o operador consulta o banco de dados, responde à solicitação, pergunta se o cliente deseja mais alguma informação, caso negativo, oferece os produtos e encerra a ligação. Quando o cliente tem interesse no produto ofertado o operador acessa novamente o banco de dados e executa a operação, finalizando a ligação posteriormente. No atendimento ativo, o processo de trabalho é iniciado com a chamada do operador de *telemarketing* para o cliente.

De acordo Vilela & Assunção (2004), os mecanismos de controle a que são submetidos os operadores são variados: controle do tempo, do conteúdo, do comportamento, do volume de serviços realizados e dos resultados obtidos pelo teleoperador. O controle do trabalho é facilitado pelas tecnologias. Os tempos são rigidamente controlados, adotando-se o próprio aparato técnico como meio para obter os valores necessários ao controle dos critérios estabelecidos.

Conforme observado na Foto 7, o controle do tempo é realizado além do aparato tecnológico, com apoio de cartazes para ser eficiente, porém não demorar nos atendimentos. O Tempo Médio de Atendimento – TMA, realizado em segundos, também é utilizado para a avaliação individual do teleoperador.

Foto 7: Cartaz estimulando a rapidez nos atendimentos dos operadores.



Fonte: Cesat, 2008

Verifica-se um estímulo excessivo à produtividade, expostas tanto no ambiente de trabalho quanto nos próprios postos de trabalhos dos operadores (fotos 8 a 10) e ao alcance de metas. Alguns trabalhadores colocam nos seus postos de trabalho dizeres visando aumentar a produtividade e “bater metas” (foto 11).

Foto 8: O lema de um *call center* de grande porte exposto em diversos andares desta empresa .



Fonte: Cesat, 2008

Foto 9: Cartazes de campanhas de incentivo a vendas.



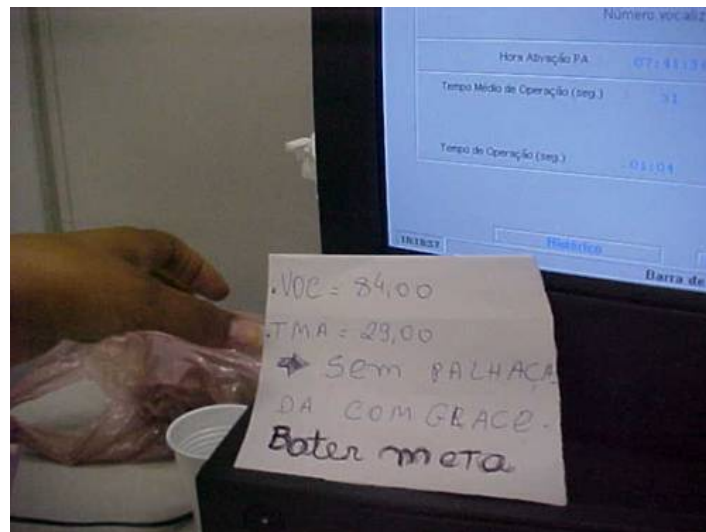
Fonte: Cesat, 2008

Foto 10: Propaganda estimulando alcance de metas no próprio posto de trabalho do operador.



Fonte: Cesat, 2008

Foto 11: Bilhetes nos postos de trabalho, colocados pelos próprios trabalhadores, onde se constata padrões de auto-exigência para bater a meta.



Fonte: Cesat, 2008

O *script* ou fraseologia, cuja utilização correta é rigidamente avaliada pela monitoria de qualidade, porém, em situação real, as situações variam e certas solicitações podem não estar previstas. Por prestar serviços para diferentes localidades do país, o teleoperador tem de lidar com uma série de diferenças culturais e regionais, mantendo a fraseologia padrão. Muitos operadores referiram ser constantemente criticados por clientes de outros estados por conta do sotaque local.

Observa-se nas fotos abaixo (11 e 12) o controle do volume de serviços a serem realizados e dos resultados obtidos pelo teleoperador.

Foto 11: Cobranças de metas em todos os serviços e produtos ficam afixadas por cada célula e pelo setor.

Nossas Metas	
Vocaliação (%)	83,00
TMA (Seg)	30,00
Aderência (%)	93,00
Qualidade (Nota)	9,10
Autocompletamento (%)	10,00
F10 (%)	2,50
Voc. Múltipla	10,00

Fonte: Cesat, 2008

Foto 12: Exposição dos nomes dos operadores de telemarketing com maior percentual de vendas.

Os nossos 10 melhores vendedores			
Móvel - Ativo		Móvel - Receptivo	
Manhã	Tarde	Manhã	Tarde
Cleonice Ma	Fabiana Mori	Ana Luiza Br	Bruno Barbr
Diego Souza	Flavio Luis	Alexandra da	Carlos Edua
Fabiane Scnt	Joelma Arau	Claudia de A	Carine Olive
Fabio Sant	Leila Alves	Edvan Olive	Edvane Mar
Jairo Cere	Liliane Pinh	Eloisa Bispo	Edviana Lin
Aferzon Dep	Rita de Cas	Glauca da S	Manuela Am
Joana Sout	Roseide Li	Marcos Silva	Patricia Mun
Luiz Ferna	Rubens Sant	Patricia Dua	Priscila Souz
Pedro Gama	Rildson Conoc	Jaquel de Oli	Raquel Lobo
Virginia Rus	William Junii	Viviane Teix	Rafael Sant

Fonte: Cesat, 2008

Observa-se claramente um estímulo à competitividade entre os trabalhadores. Os trabalhadores que obtêm melhores vendas são “bonificados” com brindes e ou folgas.

Foto 13: Monitores de vídeo nos postos de trabalho dos coordenadores para avaliar a produtividade nas ilhas de atendimento.

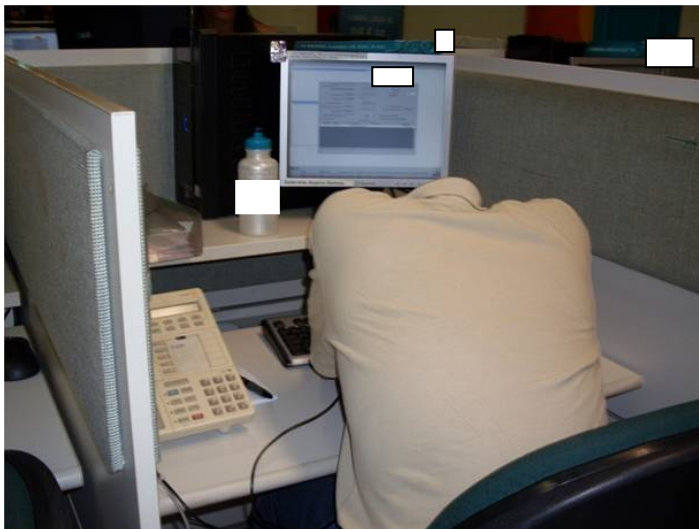


O controle do trabalho é facilitado pelas tecnologias. Nos postos de trabalho dos Coordenadores são vistos monitores de vídeo de grande porte, apresentando o desempenho em tempo real de cada célula, ou seja, informa a produção dos operadores.

Fonte: Cesat, 2008

Segundo os trabalhadores, a movimentação durante a jornada de trabalho é restrita, devido à necessidade de se manterem ligados aos postos de atendimento (Foto 14).

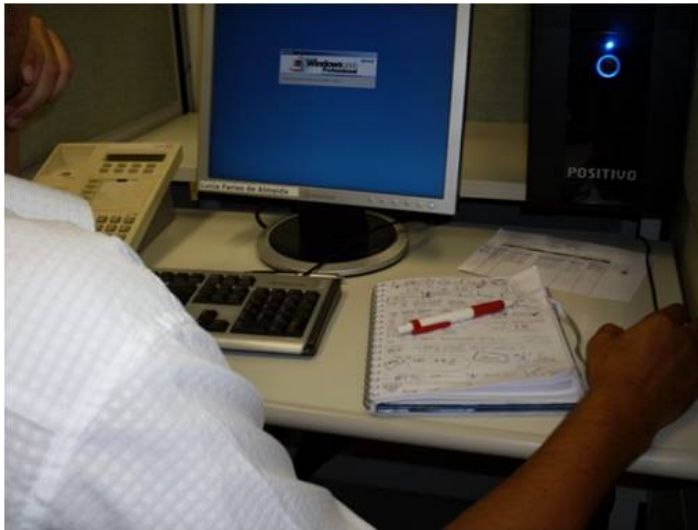
Foto 14: Devido à impossibilidade de alternância postural, trabalhador debruça sobre a mesa de trabalho para obter mais conforto.



Fonte: Cesat, 2008

A multiplicidade de tarefas é exigida dos trabalhadores durante os atendimentos: falar ao telefone, digitar, usar o mouse e escrever (Foto 15). Também não é possível deixar o cliente esperando sem solicitar-lhe que aguarde durante alguns segundos. Esses parâmetros, assim como o respeito ao tempo de pausa são pontuados na avaliação de desempenho.

Foto 15: Multiplicidade de tarefas exigida dos trabalhadores.



Fonte: Cesat, 2008

Observa-se que as empresas não possuem um programa de prevenção de doenças e agravos relacionados ao trabalho, nem elaboraram sequer, a Análise Ergonômica do Trabalho (AET). Outras, no entanto, elaboraram este documento, mas de forma precária, sem condizer com a realidade encontrada.

Um dos aspectos relevantes que chama a atenção nos *call centers* é o papel da organização do trabalho que utiliza de técnicas gerenciais que visam à intensificação do trabalho. A principal contradição desta organização do trabalho é a valorização excessiva da quantidade de atendimentos realizados em curto espaço de tempo em detrimento da qualidade de atendimento, apesar do objetivo explícito em satisfazer o cliente (SILVA, 2004).

Caracterização dos Sujeitos da Pesquisa

O propósito de caracterizar os sujeitos desta pesquisa dar-se em virtude de permitir uma melhor aproximação com o universo empírico abordado. Vale ressaltar que todos os nomes foram substituídos com o intuito de preservar a identidade destes trabalhadores.

Andréia, 24 anos, solteira. Foi demitida sem justa causa, sete dias após alta do INSS. Recebeu auxílio-doença por sessenta dias. Vem buscando reconhecimento de nexos técnico epidemiológico diante a Previdência Social. Apresenta diagnóstico de síndrome do túnel do carpo bilateral. Trabalhou numa empresa de *call center* que presta serviço a uma bandeira de cartão de crédito por 03 anos. Inicialmente atendia chamadas (função receptiva) e posteriormente, vendendo produtos do cartão aos clientes (função ativa).

Luiza, 28 anos, solteira, estudante do 4º semestre do curso de Direito de uma instituição privada, da cidade de Salvador-Ba. Trabalhou 02 anos e 03 meses no *call center* sempre na operação de cartão de crédito. Começou a perceber os sintomas, como dor, após 07 meses de atendimento. Foi demitida pela empresa mesmo com comprovação de diagnóstico de síndrome do túnel do carpo e radiculopatia cervical. Atualmente encontra-se desempregada e com ação indenizatória na justiça do trabalho contra a referida empresa.

Cláudia, 24 anos, casada e sem filhos. Trabalhou 02 anos num *call center* que prestava serviço a empresa de telefonia. Inicialmente trabalhou na função de *telemarketing* ativo, durante 01 ano. No momento da entrevista, a trabalhadora encontrava-se demitida. É portadora de síndrome do túnel do carpo bilateral. No período da entrevista, encontrava-se desempregada.

Luciana, 28 anos, é casada e tem uma filha com 08 anos. Trabalha num *call center* que presta serviço a empresa de telefonia desde maio de 2002 (07 anos). É dirigente sindical e por isso está liberada para atividades do sindicato. Inicialmente trabalhava como *telemarketing* ativo, realizando cobrança dos clientes. Quando terminou esse tipo de operação, passou para o *telemarketing* receptivo. Apresenta diagnóstico comprovado de síndrome do túnel do carpo, hérnia de disco na coluna cervical e na coluna lombar.

Joana, 35 anos. Trabalhou na empresa 02 anos e seis meses. Trabalhava com *telemarketing* receptivo, no serviço de auxílio à lista. Realizava atendimento de quatrocentas a quinhentas ligações em um período de seis horas. Separada, tem uma filha de 09 anos. Possui

síndrome do túnel do carpo bilateral comprovadamente diagnosticada e quadro depressivo. Foi demitida pela empresa após alta pelo INSS. Está desempregada vivendo de seguro desemprego.

Viviane, 34 anos, graduada em administração de empresas. Iniciou o trabalho no *call center* em 2000. Acompanhou as mudanças até a empresa atual. Encontra-se com benefício previdenciário de auxílio-doença desde março de 2004, mas com previsão de retorno para a empresa. Apresenta diagnóstico de síndrome do túnel do carpo, síndrome do túnel cubital, discopatia degenerativa na coluna cervical e transtorno depressivo maior.

Márcio, 35 anos, casado, pai de uma filha adolescente. Trabalha há 03 anos num *call center* que presta serviço a empresa de telefonia celular na função de *telemarketing* receptiva. Inicialmente trabalhou como agente virtual (não tem contato direto com o cliente, apenas transfere as ligações para outros ramais, mas ouve o que os clientes falam). Encontrava-se com benefício previdenciário de auxílio-doença de maio a setembro de 2007. Após este período, encontra-se sem receber os provimentos. Segundo o trabalhador, o INSS deu alta e a empresa não o aceita. Está vivendo de reciclagem. Apresenta síndrome do túnel do carpo bilateral, radiculopatia cervical, hérnia discal lombar e transtorno depressivo menor, todos clinicamente comprovados.

Silvana, 24 anos, casada. Tem 01 filha de seis anos. Trabalhou dois anos e nove meses no *call center*. Entrou em 2004. Atendia inicialmente na função ativo e receptivo. Posteriormente, foi para a função ativa. Quando adoeceu ao retornar para o trabalho, foi para o setor receptivo, que segundo a trabalhadora, recebia mais ligações. Ficou afastada do trabalho por 10 meses, com auxílio-doença pelo INSS. Possui diagnóstico de síndrome do túnel do carpo.

Teresa, 43 anos, solteira, trabalha num *call center* desde 2002. Encontra-se afastada das atividades laborativas há aproximadamente 02 anos e 06 meses sob benefício previdenciário de auxílio doença, por apresentar quadro clínico diagnosticado de síndrome do túnel do carpo bilateral, radiculopatia.

Mariana, 31 anos, casada, dois filhos. Apresenta diagnóstico confirmado de tenossinovite em ombro, tendinite em punho e síndrome do túnel do carpo em membro superior direito e radiculopatia em cervical. Ficou aproximadamente 01ano sob benefício previdenciário. Após alta do INSS foi demitida pela empresa com 10 dias de trabalho.

CAPÍTULO IV

EU NÃO ESTOU MENTINDO! O ESTIGMA SOFRIDO PELOS OPERADORES DE TELEMARKETING PORTADORES DE LER

“A gente luta para mostrar que não está mentindo.” (Andréia)

A discussão sobre o estigma tem raízes na Grécia, quando os gregos criaram esta terminologia para se referirem aos *“sinais corporais sobre os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário”* (GOFFMAN, 1988:11). Estes sinais eram marcas que significavam algo de negativo para a convivência social (MELO, 2000). Posteriormente o termo passou a ser amplamente utilizado não apenas para sinalizar “marcas corporais”, mas para descrever atributos à sua identidade social. Estes, não somente relacionados ao “status social”, assim como também aspectos estruturais como “ocupação” (GOFFMAN, 1988).

Ao curso da história, muitas doenças tiveram ou ainda têm uma associação com algo negativo, estigmatizante. Dentre estas, o estigma da lepra¹⁸ foi um dos mais emblemáticos, uma vez que esta enfermidade ocasionava deformidades severas e por ser contagiosa, os pacientes eram isolados em hospitais colônias, separados do contato com a sociedade (ROMERO-SALAZAR *et al*, 1995).

A tuberculose, em tempos passados e embora com características distintas em cada época, foi bastante associada à miséria humana ou a vida marcada por conduta descomedida e amoral, como artistas e intelectuais, portanto, em desacordo com os padrões considerados aceitáveis pela sociedade (PÔRTO, 2007). Na década de 80, surge a AIDS, uma doença concebida como um mal que afetava um *“grupo perigoso de pessoas diferentes”* (homossexuais masculinos), sofrendo experiências de isolamento e perseguição, por terem uma *“prática sexual tida como antinatural”* (SONTAG, 1989:98). O câncer, que até os dias atuais está atrelado à morte sofrida, é considerado como um sinônimo do mal (SONTAG, 1988; SONTAG, 2002). Atualmente, já o estigma relacionado às doenças laborativas, tais como as LER representam para os trabalhadores, um atestado de exclusão do mundo do trabalho, sendo causadoras de profundo isolamento social.

¹⁸ A denominação Lepra foi substituída por doença de Hansen no Brasil, exatamente para proteger os doentes do estigma. Os países desenvolvidos que erradicaram a Lepra continuam utilizando o mesmo nome, pois não há mais doentes para protegê-los do estigma.

Nota-se, portanto, que muitos estudos sobre esta temática são constantemente realizados, tanto relacionados à enfermidade quanto a outras questões como prostituição e estigmas em mulheres divorciadas (ROMERO-SALAZAR *et al*, 1995; MIRANDA & FUREGATO, 2006; MOREIRA & GUEDES, 2007; PÔRTO, 2007). Todavia, não foram encontradas experiências abordando as LER especificamente em operadores de *telemarketing*, sob esta ótica. Por isso, esta categoria de análise apresenta-se como relevante para este estudo.

Diante desta problemática, utilizaremos como referencial teórico a análise já clássica de Erving Goffman sobre o estigma. A definição de Goffman (1988) traz como referência ao termo estigma, uma linguagem ou atributo depreciativo que pode ser um “defeito”, “uma falha” ou “desvantagem” em relação ao outro, em decorrência da sua condição encontrada e que produz um amplo descrédito na vida dos sujeitos. O estigma pode ainda ser considerado como um espaço para exclusão social, uma vez que a sociedade impõe a rejeição, levando à perda da confiança pessoal e a deterioração da sua identidade social.

Segundo Walsh *et al* (2004), a discriminação é um fator relevante para os indivíduos acometidos por esta doença. Para esses autores, à medida que as queixas e os afastamentos se agravam, os supervisores e gerentes vêem o trabalhador como um estorvo. Os operadores relatam sentirem-se desacreditados. Similarmente como relata Goffman (1988), enquanto os indivíduos não reconhecerem a situação do trabalhador portador da LER, provavelmente eles manterão a atitude de indiferença à situação, podendo tornar a relação tensa, incerta e ambígua, sobretudo para a pessoa estigmatizada. O relato seguinte demonstra a experiência de discriminação sofrida em virtude de ser portador de LER.

“E assim, chega ao trabalho e os supervisores fazem como se a gente estivesse mentindo sabe? Você não tem como convencê-los e mostrar que aquilo realmente é verdade.” (Andréia)

Diante dessa situação de desacreditado, muitos operadores se esquivam de relatar verdadeiramente sua limitação para não serem ainda mais discriminados pelos pares. Para Neves (2006:32), *“a discriminação e a rejeição para o mundo do trabalho, a sensação de não mais ser reconhecido dentro do seu próprio ambiente de trabalho e o descrédito quanto à sua condição de enfermo”* são representações que dão sentido ao sofrimento destes trabalhadores.

“O tempo inteiro [as pessoas duvidam da existência da LER]! Principalmente no trabalho, principalmente parentes quando a gente fala, entendeu? Tem hora que você nem quer dizer até que ponto você está limitada, até que ponto você está conseguindo fazer as coisas.” (Joana)

As narrativas que seguem, destas operadoras, também reportam à desconfiança no local de trabalho simplesmente por não apresentar um “sinal corporal” que ateste para a existência desta enfermidade. Este padrão de desconfiança ocorre muito provavelmente pelo caráter “invisível” da doença, diferentemente dos estigmas relativos às doenças que apresentam expressivas manifestações clínicas perceptíveis, como as citadas doenças de Hansen, tuberculose e AIDS. De acordo Murofuse & Marziale (2001), esta “invisibilidade” dificulta ainda a compreensão dos períodos prolongados de afastamento do trabalho para a realização dos tratamentos. No entanto, quando as pessoas têm clareza das complicações ocasionadas por este complexo patológico, elas passam a significar o problema com um olhar de compreensão.

“Já teve momento de duvidarem de que eu estava doente, que eu estava inventando, achando que estava simulando a dor, alguma coisa. Teve gente da própria empresa, o médico, a supervisora, teve uma colega de trabalho que disse, eu vi Luíza no ponto de ônibus. Aí uma menina falou assim, o problema dela é LER, é radiculopatia. Ela não está doente das pernas não!” (Luíza)

“E meu irmão me deu assim uma reclamação de eu parar de ficar levando meus exames para ficar mostrando as pessoas que eu estou doente, entendeu?” (Viviane)

Em várias situações, os relatos destes trabalhadores, acompanhados de gestos de desespero e lágrimas, ocasionaram perplexidade e uma sensação angustiante, uma vez que observá-los, munidos de tantos exames atestando claramente a doença, trazia a dimensão exata do sofrimento destes sujeitos diante da descrença das pessoas, principalmente quando se reportavam ao tratamento dirigido pelos médicos do trabalho que atuam nas empresas, que muitas vezes utilizam da sua posição para intimidar o operador de *telemarketing*.

“E o próprio médico da empresa... Ele achou que eu estava mentindo. Ele tocou em mim e disse que meus exames poderiam dar normais. É melhor você voltar [retornar do INSS]. E eu fiquei nervosa. Ele querendo dizer que eu estava mentindo. Tanto que eu até chorei na hora e disse, não estou mentindo! [fala chorando]. Eu estou realmente sentindo dores.” (Luiza)

Para os operadores de *telemarketing*, a sensação de desconfiança gerada no local de trabalho tem uma significação atrelada a sofrimento. Para estas pessoas, serem desacreditadas também pelos profissionais de saúde, ocasiona uma angústia ainda maior. Como observado, muitos profissionais de saúde ainda acreditam que os trabalhadores portadores desta enfermidade estejam mentindo, por não terem um sinal visível no corpo, uma manifestação da enfermidade considerada objetiva. Para esses profissionais, o trabalhador simula tamanha dor e sofrimento como se fossem artifícios utilizados com o intuito de obter benefícios previdenciários ou atestados médicos para faltar ao trabalho, tal como descrito nas seguintes narrativas.

“Outro dia eu fui ao médico com meu pai ... certo dia de domingo... eu estava com uma mochila, e meu pai estava com uma mochila também. Aí chegou lá, o médico mandou entrar e perguntou o que eu tinha. Aí mandou eu tirar a pulseira, o relógio, e disse para ficar nessa posição aqui [para ser examinada]. Começou a apertar aqui e ali e mandou comprar um remédio. Então, meu pai perguntou se ele [o médico] podia dar um atestado. Ele respondeu que não porque a gente [trabalhadores] só aparecia aqui final de semana. Era domingo e eu tinha que trabalhar. Aí meu pai disse para mim: está vendo aí, filha! Se você tivesse feito o que Painho falou, estava livre de ouvir essa resposta agora! Ele levou até um susto. Você falou o quê? [referindo-se ao meu pai]. Aí ele disse: pôxa, como é o nome do senhor? Ela é o quê do senhor? Meu pai disse: minha filha. Sua filha, é? Me desculpe, me desculpe. E antes, a gente tinha pedido atestado de presença, de comparecimento, e ele disse que não podia dar. Ele achou que a gente era namorado e que eu estava inventando para não trabalhar.” (Andréia)

“Eu estou sem receber salário. Só porque eu não achei um médico que me desse um laudo. Ficam dizendo que é manha da gente. Acham que a gente está doente porque quer, que a gente está com manha, que não quer trabalhar, que quer ficar em casa recebendo dinheiro. Eu não quero isso para minha vida. Eu sou uma pessoa muito ativa por sinal. Pra ficar em casa sem fazer nada e ganhar um dinheirinho no final do mês, eu não!” (Cláudia)

Em estudo realizado com fisioterapeutas (AUGUSTO *et al*, 2008), observaram que alguns profissionais até maculam do sofrimento dos trabalhadores diante das limitações impostas pelas LER, achando que estas pessoas preferem ter um “salariozinho” para o resto da vida sem precisar mais trabalhar. Diferente das insinuações e descrenças pelos profissionais de saúde, os operadores de *telemarketing* sentem-se humilhados com a possibilidade de depender de benefício previdenciário para sobreviver¹⁹. Para eles, este benefício é a comprovação da sua condição de inválido, de inútil, de incapaz, de enfermo.

“Eu acho uma humilhação ir para o INSS. E também porque você é humilhado, você passa por várias situações. Tem médico que acha realmente, e eu volto a bater nessa tecla, acham que você não está doente, que você está ali só para receber aquele dinheiro e ficar em casa sem fazer nada. Ainda mais pela questão de eu ser jovem. E aí, se eu for para o médico do INSS e ele virar pra mim e dizer que eu sou jovem, que eu não tenho nada? Então para mim, eu ir para o INSS, eu não quero, justamente para eu não me sentir inválida. E ir para o INSS e receber auxílio.”
(Cláudia)

As narrativas relacionadas às desconfianças dos médicos peritos do INSS configuram-se como uma constante, onde muitas vezes ultrapassam a questão da descrença e da desconfiança destes trabalhadores para um patamar de violência moral ou psicológica. Conforme Ribeiro (1997), a legislação previdenciária confere elevado poder arbitrário aos seus peritos que em muito duvidam da relação entre adoecimento e trabalho, pautando-se na fragilidade ou incongruência de provas, ou seja, ausência de exames diagnósticos que comprovem a doença.

“Como se eu estivesse inventando a doença [refere-se aos médicos peritos do INSS]. Ai é como meu marido disse que eu não ia para o médico com cara de doente, que eu ia para o médico com cara de normal. Eu digo: Oh, tem que fazer cara de doente para o médico, é?” (Cláudia)

“Tem dia que fazer isso assim, fazer isso [realiza um movimento de segurar um papel] parece impossível segurar um papel, parece impossível. Parece que você está pegando cem quilos. Quando a gente fala isso para o perito, ele acha que a gente está mentindo. Eu sempre fui educada por uma família humilde, fui educada para não mentir. Porque quando a verdade for descoberta, aí a vergonha vai ser

¹⁹ Esta afirmação não exclui a possibilidade de existirem simuladores. Entretanto, esta situação minoritária não pode determinar o julgamento *a priori* de que todos são simuladores.

muito maior. Então assim, isso dói. É tanto que todos os lugares que eu vou hoje, eu ando assim com os exames.” (Viviane)

Existem enfermidades epidêmicas na prática de saúde em que não há sinais ou sintomas objetivados em todo o curso da doença, mesmo por exames laboratoriais ou de imagens, a exemplo da esquizofrenia, distúrbios bipolares, síndromes dolorosas e outras. As LER podem evoluir com sintomas dolorosos sem expressão objetivada em exames clínicos, principalmente em estágios iniciais, mas também podem evoluir com alterações de exames de imagens (radiológico e de ultra-sonografia) e exames eletro-fisiológicos, como a eletroneuromiografia (ASSUNÇÃO & ALMEIDA, 2003). Desse modo, considerar a existência de doença apenas na esfera física, caracterizável com exames laboratoriais ou de imagens, significa despreparo dos profissionais para diagnósticos na dimensão subjetiva dos processos de adoecimento humano e desrespeito ao paciente ao caracterizá-lo sempre como simulador.

Por outro lado, é difícil vislumbrar ganhos destes trabalhadores com as simulações de uma doença estigmatizante, altamente marcada pela incapacidade funcional e pela dor e que suscita uma completa modificação em seu cotidiano. Além da dificuldade de tratamento e de reinserção no mercado de trabalho, provoca o isolamento social.

“Eu estou me sentindo mesmo como se tivesse é... isolado...estou me sentindo isolado porque todo lugar que eu vou sempre tem alguma coisa assim que me joga mais pra baixo ainda. Eu estou me sentindo desamparado... porque todos os lugares que eu vou... porta fechada.” (Márcio)

Outros profissionais duvidam da relação do processo de adoecimento com a precarização das condições de trabalho e se negam a enxergar a doença, sugerindo que o trabalhador está simulando os sintomas, principalmente quando este possui uma aparência física que destoia desse imaginário. A fala abaixo deste operador de *telemarketing*, que possui um porte físico atlético, exemplifica tal situação.

“Um médico também me disse que não poderia me dar um laudo médico porque eu estava com doença de velho. Uma pessoa de trinta e cinco anos é considerada velha hoje? As pessoas ficam achando que você está fingindo.” (Márcio)

Uma trabalhadora, em determinada entrevista, estava em total estado de felicidade, diferentemente do que ocorria em outros encontros. Ao ser questionada o motivo de tamanha alegria, a operadora relatou que a razão era decorrente de ter conseguido realizar exames que comprovavam a sua enfermidade. Como é possível alguém estar feliz por ter diagnosticado uma doença crônica, progressiva e incapacitante? É possível compreender tal situação em virtude de tanto descrédito pelas pessoas e profissionais em relação a sua doença, sendo necessária uma validação pelo modelo biomédico, ou seja, a comprovação pelos exames diagnósticos.

“Fui procurar outros médicos. Eu fiz o exame, no caso, não foi pelo plano. Foi particular e aí foi que saiu a prova [síndrome do túnel do carpo] e o outro nome está aí, que eu não sei falar não [trabalhadora refere-se a radiculopatia]. Deu realmente! Porque eu estava preocupada, assim, das pessoas duvidarem da minha palavra. Então eu queria fazer um exame que me desse um diagnóstico e ... é... convincente do que realmente eu estava sentindo era verdade, porque até então estava afetando o meu psicológico.” (Mariana)

Outra forma de estigma sofrido por estes informantes é a descrença pelos familiares expressa nas narrativas. Esta também é algo que traz muito incômodo para estes operadores, porque seriam as pessoas que mais poderiam ajudá-los, visto que acompanham cotidianamente a dor, as limitações físicas, os tratamentos e sua busca pelo reconhecimento desta doença, ou seja, acompanha o seu constante sofrimento.

“As pessoas [referindo-se a família] olham para você e não vêem nada. Olha para gente e não vêem nada, não vêem uma ferida, então assim, não entende.” (Viviane)

“Eu me sentia discriminada pela minha própria família.” (Teresa)

“As pessoas só acreditam no que vêem. Então, às vezes, neguinho duvida que você esteja tão doente. Porque não é brincadeira! Quando a gente vê a doença [doença com sinal corporal aparente] a gente até acredita porque o impacto é maior. E quando o ser humano está só reclamando? Às vezes neguinho acha que é um pouco de exagero. Houve pessoas da família mesmo, como irmãos, e amigos, que duvidavam do que estava acontecendo. Às vezes até por ignorância, por não conhecerem [as LER].” (Joana)

“Porque as pessoas acham, até mesmo minha sogra fica falando: Menina, você nova desse jeito, já está toda acabada assim?” (Cláudia)

Estas falas são reveladoras da descrença sofrida por estes trabalhadores pelos seus familiares. De acordo estes operadores, a família não entende o problema das LER porque normalmente não vêem as lesões físicas aparentes. A ausência de entendimento e credibilidade sobre esta doença gera nos operadores uma profunda sensação de desamparo e solidão, visto que, conforme Minuchin (1982 *apud* MELO, 2000) *“a família é uma organização de apoio e proteção e que possibilita ao sujeito estigmatizado, encontrar o suporte para a apreensão de suas diferenças no contexto dos semelhantes”*.

Um relato importante trazido por uma trabalhadora que remete a uma experiência vivenciada ao encontrar um ex-colega de trabalho, que, pelo fato desta operadora não estar mais trabalhando em *call center*, insinua que a mesma já poderia estar laborando, negando desta forma, a permanência ou existência desta doença. A perda da capacidade para o trabalho vem acompanhada pela tristeza e sofrimento de “não poder fazer”, que é normalmente insinuada pelos colegas como “vontade deliberada de não trabalhar” (RIBEIRO, 1997).

“Onde é que você está trabalhando? [Questiona um ex-colega de trabalho] Não, eu não estou trabalhando porque eu não tenho condições de trabalhar. Mas por quê? Não é só a mão? Eles acham que quando você sai da empresa, você pode fazer outra coisa. Então, as pessoas não entendem.” (Joana)

Segundo Goffman (1988), *“surge no estigmatizado a sensação de não saber aquilo que os outros estão ‘realmente’ pensando dele”*. Estas falas evidenciaram como estes trabalhadores se sentem com a descrença e desconfiança das pessoas em relação à sua enfermidade e da necessidade de ficarem provando que são portadores de LER, que não estão fingindo para ter um ganho secundário. Assim, na perspectiva trazida por este autor, o estigmatizado assume o papel de desacreditado e desacreditável. Narrativas como estas, *“as pessoas não acreditam que estou doente”* e *“é uma doença invisível”*, revelam o significado da “invisibilidade” das LER e a necessidade de comprovar o seu estado de enfermo.

“Fora que as pessoas não acreditam que a gente está doente, na verdade. As pessoas acham que a gente é nova e que não pode ficar doente. Então, eu me sinto muito triste e muito decepcionada com essa doença.” (Cláudia)

De acordo Magalhães (1998), a invisibilidade das LER deve-se a falta de informações imediatas da sua presença, ou seja, normalmente não costumam provocar deformidades físicas acentuadas. Porém, ao serem afastados do trabalho, estes operadores constatam que, apesar de serem portadores de “afecções invisíveis”, estas não são tão invisíveis assim, uma vez que são capazes de causar a sua exclusão, tanto do mundo do trabalho quanto das suas relações pessoais.

Outras narrativas dos operadores de *telemarketing* ainda revelaram que ser acusado de falsário ou simulador da doença trazia tamanho desconforto que só restava a alternativa de andarem acompanhados dos exames que comprovassem o diagnóstico da doença, para todos os locais necessários, a fim de atestar permanentemente a presença da sua enfermidade.

Conforme os relatos destes trabalhadores, as LER não são visivelmente percebidas como outros problemas que afetam a aparência física, como marcas de queimaduras graves, amputações ou deformidades de membros ou do corpo, uso de dispositivos para locomoção, como cadeiras de rodas, seqüelas graves de paralisia cerebral, entre outros. Problemas estes, também causadores de estigma, porém, relacionados aos sinais corporais e não à descrença ou desconfiança.

“E quando alguém fala que você não consegue fazer mais nada? As pessoas cobram. ‘Ah, um cara forte desse’... que todo mundo... quer dizer, eu estou sendo discriminado muito por causa disso, que tenho porte... que eu tenho físico e todo mundo fica pensando que é manha. Mas daqui pra frente, toda documentação [exames que comprovam o diagnóstico] eu vou fazer questão de trazer.” (Márcio).

“E ele [refere-se ao ex-namorado] falava com os amigos dele [referindo-se ao quadro de saúde]. Algumas pessoas diziam, ela tão nova e tão doente! Como você vai casar com uma mulher dessa? Será que ela vai ter condições de te dar um filho? Se ela engravidar ela vai aguentar tanta dor, tanta coisa? Vai ficar toda hora reclamando.” (Luiza)

Diante destas narrativas, observa-se a utilização de metáforas pelos operadores de *telemarketing*, portadores de LER, tais como incapaz, inválido e inútil, presentes no modelo biomédico para significar a perda de força muscular e limitação de movimento, bem como para se referir à sua condição de doente. Sontag (1988:1) utiliza a definição de Aristóteles, para conceituar a metáfora, que “consiste em dar a uma coisa o nome de outra”.

Esta autora aborda em seus trabalhos, a utilização de metáforas para algumas enfermidades que são dotadas de significação, visto as fantasias ou mistérios que as circundam, ou seja, “*um mal não compreendido*”. O nome dessas doenças, muitas vezes, não é pronunciado devido ao simbolismo que carrega. A tuberculose, no século passado, significava uma sentença de morte, tal qual atualmente ocorre com a AIDS e o Câncer, considerado de “*mau presságio, abominável e repugnante aos sentidos; uma maldição, um castigo, uma vergonha*” (SONTAG, 2002:13).

Toda essa significação em torno dessas enfermidades é decorrente do fato destas, serem consideradas destruidoras, o que fatalmente traz uma carga de mistificação em virtude do desconhecimento. Como estas moléstias possuem uma conotação de morte, as LER figuram-se como sinonímia de incapacidade, à medida que modifica todo seu cotidiano, o que faz os seus portadores serem duramente estigmatizados. Portanto, as metáforas relacionadas às enfermidades são prenúncios passíveis de modificação, à proporção que ocorre uma desmistificação em torno do adoecimento e avanço nos tratamentos ou quiçá, cura, bem como entendimento pela sociedade.

Outras metáforas carregadas de preconceito também são utilizadas pelas pessoas para significar a descrença quanto às limitações provocadas por esta doença, tais como “LERDO”, “LERDEZA” e “LESADO” (uma associação da presença da LER. As LER constituem-se numa enfermidade de caráter estigmatizante e, utilizando a expressão de Goffman, ainda produz uma “identidade deteriorada”, apresentando-se dotada de significação, que, até então, causa um temor no mundo do trabalho, principalmente em atividades marcadamente caracterizadas pela precarização das condições laborais.

Estes operadores de *telemarketing*, portadores de LER, são submetidos rotineiramente à desconfiança das pessoas, sofrendo discriminações pelos colegas de trabalho e chefias, por familiares e amigos, na assistência médica e pelo Estado. Indivíduos que, diante das suas limitações, consideradas como “diferenças”, transformam-se em “*seres desprovidos de potencialidades*” (GOFFMAN, 1988:13), portanto, possuidores de “atributos indesejáveis”. Para este autor, esses atributos são considerados estigmas.

CAPÍTULO V

TUDO ISSO É HUMILHANTE! ASSÉDIO MORAL E VIOLÊNCIA PSICOLÓGICA SOFRIDOS POR OPERADORES DE TELEMARKETING PORTADORES DE LER.

A discussão sobre esta temática surgiu em função das repetições nas narrativas dos operadores de *telemarketing*, portadores e não portadores de LER entrevistados, pelos dirigentes sindicais e pelas observações realizadas nas reuniões da Comissão de Saúde do Sindicato. Por isso, optamos por destacar esta problemática, visto as desconpensões de natureza psicológica e psicossomática provocadas na saúde dos trabalhadores que são submetidos a estas agressões, bem como à sua dimensão no mundo do trabalho (SOBOLL, 2007).

Estudo realizado pela Organização Internacional do Trabalho (OIT) nos países da União Européia denunciou que as experiências de violência nos locais de trabalho já ultrapassam as fronteiras, os ambientes de trabalho e as categorias profissionais (OIT, 1998). Conforme o Terceiro Inquérito Europeu sobre Condições de Trabalho, realizado em 2000, um em cada dez trabalhadores reportaram serem vítimas de intimidação no local de trabalho (CASSITTO *et al*, 2004).

Barreto (2004), analisando trabalhadores do ramo químico, farmacêutico, plástico e afins de São Paulo, estimou que 42% destes apresentavam histórias de humilhações e constrangimentos, demonstrando o impacto do assédio moral no país. Para Soboll (2006:1), mesmo ocorrendo no mundo do trabalho desde os “*primórdios da sociedade*”, as discussões em torno do assédio moral ganharam projeção no Brasil após o ano de 2000, na esfera da saúde mental e trabalho e em virtude do elevado número de afastamentos do trabalho por distúrbios psíquicos, principalmente depressão.

O assédio moral é um tema complexo e mesmo no âmbito conceitual, ainda existem muitas imprecisões e diversas terminologias na literatura sendo empregadas em diferentes países para indicar comportamentos semelhantes em locais de trabalho: *bullying*, *work o employee abuse*, *mistreatment*, *emotional abuse*, *bossing*, *victimization*, *intimidation*, *psychological terrorization*, *psychological violence*, *harcèlement moral*, *harcèlement*

psychologique, coação moral, molestie psicologiche, assédio no local de trabalho, acoso moral ou maltrato psicológico e assédio moral (CASSITTO et al, 2004; GUIMARÃES & RIMOLI, 2006; SOBOLL, 2007).

Conforme explicitado no capítulo referente à metodologia, as categorias assédio moral e violência moral/psicológica foram agrupadas neste capítulo para fins de análise. Todavia, estas expressões serão conceituadas e empregadas no momento em que houver pertinência. Neste estudo, para situações de violência moral ou psicológica ocorridas no local de trabalho, utilizaremos a expressão “assédio moral”. Para as demais situações de abusos e humilhações a que são submetidos os operadores de *telemarketing*, portadores de LER fora do seu local de trabalho, a terminologia empregada será “violência moral ou psicológica”.

O assédio moral é definido por Barreto (2003) como

“a exposição prolongada e repetitiva às condições de trabalho que, deliberadamente, vão sendo degradadas. Surge e propaga-se em relações hierárquicas assimétricas, desumanas e sem ética, marcada pelo abuso de poder e manipulações perversas” (SINDIQUIM, 2003:2).

Para a Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho (2002) *apud* Cassitto et al (2004:12), o assédio moral “*constitui-se em um mau uso ou abuso de autoridade, cujas vítimas podem ter dificuldades para se defender*”. Já Vasquez (2008:3) define o assédio moral a partir de experiências vividas pelo sujeito no meio ambiente do trabalho,

“cujá racionalidade se sustenta na estética da ideologia da competência como um valor capaz de submeter o corpo, a mente e a alma de quem vive do trabalho. Os significantes de construto do sujeito são violentados, agredidos, constrangidos, ameaçados, ou destituídos de sentidos ou de sentimentos”.

Não existe ainda no Brasil uma legislação que regulamente o assédio moral. No entanto, existem Projetos de Lei tramitando no congresso, mas que dependem da aprovação do legislativo. Normalmente nas questões judiciais referentes ao assédio moral, os advogados e procuradores do trabalho se baseiam nos princípios constitucionais da garantia da dignidade humana e os valores sociais do trabalho e da livre iniciativa, previstos nos Artigo 1º, incisos III e IV; Artigo 3º, incisos IV, Artigo 5º, caput, incisos I, III e X; Parágrafos 1º e 2º, da

Constituição da República Federativa do Brasil. De acordo o observado também nos procedimentos preparatórios²⁰ do Ministério do Trabalho,

“as situações de assédio moral sobressaem a exposição das vítimas a situações incômodas, humilhantes e constrangedoras com a finalidade de desestabilizá-las emocionalmente e afastá-las do trabalho” (2006:1).

O Ministério do Trabalho considerou ainda nesses procedimentos preparatórios a Convenção nº 111, da Organização Internacional do Trabalho, ratificada pelo Brasil e norma infra-constitucional, Lei n. 9.029, de 13 de abril de 1995, que vedam a prática discriminatória, considerando que são essenciais à dignidade do ser humano, o direito à vida, a integridade física e psíquica, o direito ao emprego e a sua manutenção, bem como, o direito à liberdade política e religiosa e todos os demais direitos fundamentais do homem; considerando que o assédio moral, constitui ato discriminatório e se comprovada a sua prática no ambiente de trabalho, importa em tipificação do ato ilícito trabalhista no art.483 e incisos da Consolidação das Leis do Trabalho.

De acordo relatos, os operadores de *telemarketing* vivenciam o assédio moral constantemente no ambiente de trabalho. Quando são portadores de alguma doença relacionada ao trabalho, como as LER que têm alto poder incapacitante, estas experiências tornam-se exacerbadas. Baseado em suas narrativas, estes constrangimentos na empresa são ocasionados tanto pelos supervisores e coordenadores, como também por médicos do trabalho da empresa, ou simplesmente “médico da empresa” como são comumente chamados pelos trabalhadores, visto a prática de favorecimento às empresas, em detrimento à saúde dos trabalhadores e ao ambiente saudável.

“Por milhões de vezes eu ouvi [referindo-se ao supervisor]: ‘tem milhões de pessoas que estão querendo seu lugar [ênfatisa]’. Então assim, isso amedrontava. Então, a gente tinha que correr para poder permanecer na empresa, até porque eu precisava do emprego.” (Viviane)

A expressão acima “*por milhões de vezes*” traduz a repetição de comportamentos inadequados ou exposição prolongada de situações constrangedoras no ambiente de trabalho. Verifica-se a hostilidade empregada pelo supervisor para fazer o trabalhador aumentar sua

²⁰ Ministério Público do Trabalho. Procuradoria Regional do Trabalho da 5ª Região. Procedimentos Preparatórios Nº. 265/06 e 435/06. Notificação Recomendatória (de natureza preventiva), tendo como objeto, o assédio moral.

produtividade, com ameaças explícitas de desemprego, que o amedrontava, e lhe trazia um sentimento de inferioridade. Para Beswick *et al* (2006), este tipo de assédio moral está subsidiado pela organização do trabalho.

“No dia que a gente não vende bem, o supervisor fica fazendo gozação... ‘ah, porque não sei quem ali oh, vendeu mais que não sei quem. Porque não sei quem não vendeu’. Aí vem com brindezinhos. ‘Ah, quem vender mais hoje vai ganhar não sei o quê’, fazendo com que a gente se sinta inferior.” (Andréia)

Maciel *et al* (2007), analisando o *Inventário Laymann de Psicoterrorismo no Trabalho* (LIPT), averiguou que um indivíduo é considerado vítima de assédio se tiver um sentimento de constrangimento frente a um ou mais comportamentos perpetrados por uma ou mais pessoas, por um determinado período. Examina-se que a situação relatada não se caracteriza como uma situação pontual e estanque. Verifica-se que a organização do trabalho consente e estimula a prática da inferiorização dos operadores de *telemarketing* pela hierarquia, do mesmo modo que se utiliza o “deboche” como um instrumento de gestão.

O uso dessas práticas de assédio moral pelas hierarquias não resulta de iniciativas pessoais de gerentes, mas se inscreve no modelo taylorista de organização do trabalho praticada nas empresas de *telemarketing*. Objetiva especificamente impor uma disciplina rigorosa por meio da humilhação para acelerar o trabalho e manter o tempo médio de atendimento - TMA em elevada produtividade. Essas condições de assédio levam o trabalhador a agilizar as operações prescritas para diminuir o tempo de exposição ao sofrimento psíquico e assim evitar novas intervenções constrangedoras da hierarquia, conforme observou Dejourns no seu estudo sobre telefonistas (DEJOURS, 1992).

Durante este relato, a trabalhadora demonstrou através de gestos, sua vergonha por não conseguir alcançar os resultados, descrevendo uma frustração por não ter reconhecimento do desempenho no trabalho, enfatizando ainda, que por mais que o operador se empenhe, a empresa, representada pelo supervisor, sempre desqualifica seus esforços. Cassitto *et al* (2004) aborda que a ridicularização e as provocações, especialmente realizadas na presença de colegas constituem-se num exemplo típico de assédio moral. A falta de reconhecimento e as metas impossíveis de serem cumpridas também são protótipos referenciados.

“Era gerente olhando para gente em dia de feriado, cantando a música ‘Lê,lê, lê,lê,lê,lê,lê,lê...’ cantando música de escravidão para gente.”²¹ (Viviane)

Muitas vezes, estas práticas de assédio moral são tidas como inofensivas, pois as vítimas tendem a desculpar os insultos, considerando estas situações como brincadeiras desagradáveis, de mau-gosto. De acordo Heloani (2004), isso normalmente ocorre porque os agredidos temem fazer denúncias formais com medo de retaliação e de deixar transparecer publicamente as situações vexatórias. Salin (2005) observa que em algumas organizações de trabalho e categorias profissionais, estes comportamentos negativos, muitas vezes, não são percebidos como assédio moral por fazerem parte da cultura organizacional. No entanto, mesmo como “brincadeira inofensiva”, a trabalhadora registrou o fato de sentir-se tratada como uma escrava, vide o refrão cantado da música de Dorival Caymmi, “Retirantes” que reporta situações vivenciadas por escravos.

“Vida de negro é difícil, é difícil como o quê...” é um trecho da letra desta música que demonstra a condição sofrida de ser escravo. Essa forma de humilhação pública serve para exemplificar e ameaçar os outros trabalhadores ouvintes. À proporção que essas situações tornam-se corriqueiras, todos os colegas passam a ter medo de ser o próximo escolhido para as ameaças e humilhações, bem como de perder o emprego por amparar um colega que está sendo humilhado. Nessa perspectiva, o individualismo se propaga. Para Barreto (2004), *“o ambiente de trabalho passa a ser dominado pelo medo do coletivo, que leva todos a fazerem o pacto do silêncio”*. Nesse sentido, o assédio é coletivo! A ameaça paira sobre todos, como faziam os feitores ao punirem publicamente os escravos no pelourinho.

Outras situações de assédio moral causadas pelos supervisores estavam diretamente relacionadas à sua condição de trabalhador, portador de LER. A narrativa abaixo é reveladora do tratamento irônico e da humilhação pública impetrada por supervisores a uma trabalhadora doente, queixando-se de dor. Esta operadora de *telemarketing* percebeu nitidamente o assédio moral a que estava sendo submetida, associando-o ao desprezo. Xavier *et al* (2008) em sua pesquisa também observaram que os supervisores compuseram o grupo mais importante de agressores.

²¹ Ressalta-se que esta música foi tema de abertura da telenovela brasileira “A Escrava Isaura”, adaptada do romance de Bernardo Guimarães, exibida de outubro de 1976 a fevereiro de 1977. A temática central referia-se ao período da escravatura no Brasil sendo exibida em mais de cem países.

“Você tem estabilidade, você está querendo é ir para casa. Eu com dor e eles diziam que eu estava fazendo presepada, e aí riam e diziam: ‘Vai ficar aí! Você não está sentindo nada! Está querendo ir embora para casa, chegar mais cedo. Era muita coisa. Era desprezo, assédio e tudo.” (Luciana)

Conforme relatos de trabalhadores, como o exemplo abaixo, houve vários momentos em que os supervisores não satisfeitos com a pressão exercida para aumentar a produtividade, chegavam a tocar nas operadoras doentes para que atingissem a meta, desconsiderando sua condição de enferma e suas limitações físicas.

“Era um estresse psicológico que ficava que a gente tinha que atingir umas metas de venda de campanha. Eles tocam nas costas [demonstra o gesto do supervisor pegando na pessoa]. Isso aí que me irritava mais ainda porque eu já estava com as costas doendo e ela [supervisora] vinha na hora e dizia olá, em! Olá! Vendas! [imita a voz da supervisora].” (Luiza)

As narrativas que seguem evidenciam situações constrangedoras de assédio organizacional para com os trabalhadores doentes quando recebem alta do INSS e retornam ao *call center*. Essas duas operadoras ressaltaram que suas cargas de trabalho foram aumentadas, ocasionando piora nas dores. A cobrança exagerada para o aumento de produtividade ou de metas, impossíveis de serem alcançadas por estas trabalhadoras doentes, configuram-se em um exemplo factível de assédio moral.

“Quando eu voltei para empresa foi pior ainda. Primeiro porque a empresa me colocou para trabalhar seis horas, mas eu atendia mais ligações, certo? Eu não tinha pausa. Então, chegou um ponto que eu não conseguia digitar. Nessa primeira semana de retorno, eu não conseguia digitar. Mesmo assim, chegavam perto, batiam no meu ombro e diziam: Joana, seu tempo! Seu tempo [tempo médio de atendimento] está alto, Joana.” (Joana)

“Eu me encostei [receber benefício previdenciário], fiz fisioterapia e quando eu voltei e não me deram nada para eu melhorar. Me botaram no mesmo cargo, e ainda me botaram numa função pior, que é receptiva, que atende cento e poucas ligações por dia. Que o pior que tem é o de receptivo. Me botasse num lugar que atendesse menos ligações, não é? Mas não, me botaram no pior. Para eu atender mais ainda.” (Silvana)

Mais uma vez, a forma de gestão no *call center* é reportada à escravidão, com métodos de “punição ou castigo”. Punição ou castigo por terem ficado doentes e por terem necessitado de afastamentos do trabalho são descritos nas expressões “*me botaram no pior*” e “*a empresa me colocou para atender mais ligações*”. O assédio moral tornou-se uma verdadeira estratégia de gerenciamento, pautada na manipulação deliberada da ameaça e da chantagem para desestabilizar as pessoas (PEZÉ, 2004). Conforme Barreto (2004), pode-se constatar que o assédio não é apenas voltado para um indivíduo, mas uma “política institucional de violência da empresa”.

O isolamento dos colegas e a humilhação pública são estratégias aplicadas pelas empresas quando o trabalhador obtém alta do INSS e retorna ao trabalho. Esta condição resulta no sentimento de inutilidade que se caracteriza também como forma de punição da empresa, um método de gestão. O operador revela esta situação vivenciada no trecho seguinte.

“Como eu não participei do treinamento, automaticamente eu vou chegar lá, eu estou sem senha de sistema, eu vou chegar lá, eles vão me logar²² ou então assinar minha folha e eles vão mandar eu aguardar. Enquanto isso fico lá zanzando, andando pela empresa até cumprir minhas horas de trabalho. Eu me sinto inútil.”
(Márcio)

Segundo Barreto (2004), a humilhação repetida e de longa duração interfere na vida do sujeito comprometendo sua dignidade e relações afetivas e sociais, deteriorando sua identidade, como retrata Goffman (1988). A autora traz ainda a humilhação como

“Um sentimento de ser ofendido, menosprezado, rebaixado, inferiorizado, submetido, vexado, constrangido e ultrajado pelo outro. É sentir-se um ninguém, sem valor, inútil. Magoado, revoltado, perturbado, mortificado, traído, envergonhado, indignado e com raiva” (www.assedio moral.org, 2004).

A humilhação causa desgosto, amargura e sofrimento. De acordo Heloani (2004), a humilhação está baseada no próprio modelo econômico que, em seu processo disciplinar, beneficia o surgimento dessa forma de violência em que o superior hierárquico possui um poder exacerbado sobre o subordinado. Esta situação ainda diminui a auto-estima do trabalhador, porquanto torna pública sua condição, demonstrando a impotência diante dos acontecimentos.

²² “Logar” é um termo utilizado pelos operadores de *telemarketing*, adaptado de “*login*” que significa iniciar uma sessão de conexão, em que é feita a identificação do usuário (trabalhador), no sistema operacional.

A figura de alguns supervisores de *call center* em muito se assemelha aos “leões de chácara” ou como retrata Heloani (2004:5), “guardiões das organizações”. Esses indivíduos, encorajados pelas práticas organizacionais perversas, que também são trabalhadores, em muitas situações não se dão conta desta sua condição e constantemente desconsidera o outro, realizando práticas de abusos e humilhações.

Todos os operadores de *telemarketing*, portadores de LER, informantes deste estudo, relataram várias situações de humilhações e abusos cometidas pelos superiores hierárquicos. A supervisão amedronta essas pessoas, onde muitos narram com profunda emoção estes fatos. Isto demonstra que o assédio nesta categoria tem relação estrita com o tipo de organização e gestão no trabalho. Maciel *et al* (2007) em estudo sobre situações constrangedoras no trabalho e assédio moral nos bancários, causados por supervisores, apontou resultados similares.

Os consumidores dos serviços ou clientes quando possuem queixas da empresa identificam o operador de *telemarketing* como responsável, e nele descarregam suas frustrações e dilemas resultantes das suas aquisições comerciais não cumpridas. Assim, podem constituir-se como um grupo de agressores nessa forma de organização do atendimento. Alguns trabalhadores relataram que são múltiplas as agressões verbais oriundas dos clientes. De acordo verificado nos ambientes de trabalho e nos documentos referentes a treinamento de operadores de *telemarketing*, é salutar que estes trabalhadores percebam as “variações psicológicas e dispensem atenção devida aos clientes”, independente do seu comportamento. Para a empresa, os operadores devem saber lidar com todo tipo de cliente para manter a sua “boa imagem”, sendo estes, classificados pela empresa, como do tipo: normal, agressivo, metucioso, sabe tudo, ocupado, pão duro, calado, falante, indeciso e formal (DIÁRIO DE CAMPO, 2007; ANÁLISE DOCUMENTAL, 2008).

Enfatiza-se que, mesmo diante dessas agressões verbais, não é permitido ao operador desligar a chamada sem antes solicitar várias vezes ao cliente agressor que mude de comportamento. De acordo o Anexo II²³ da Norma Regulamentadora nº 17 (BRASIL, 2007), em seu Artigo 5.4.5, o *call center* deve garantir pausas no trabalho imediatamente após operação onde tenha ocorrido ameaças, abuso verbal, agressões ou que tenha sido

²³ O Anexo II da NR 17 (Portaria nº 09 de 30 de março de 2007) estabelece parâmetros mínimos para a atividade de *telemarketing/teleatendimento*. Para o Art. 5.4.1, durante uma jornada de trabalho de seis horas, é obrigatória a concessão de duas pausas fora do posto de trabalho, de dez minutos contínuos cada. Porém, as pausas para a satisfação das necessidades fisiológicas dos trabalhadores são consideradas livres, sem repercussões sobre suas avaliações e remunerações (Art. 5.7).

especialmente desgastante, que permitam ao operador recuperar-se e socializar conflitos e dificuldades com colegas, supervisores ou profissionais de saúde ocupacional, especialmente capacitados para tal acolhimento. Trata-se de pausas terapêuticas para permitir a prevenção ou reduzir danos caracterizados como traumas psíquicos. Ao invés deste apoio psicológico, os próprios supervisores, diante destas situações constrangedoras, muitas vezes com discriminação racial, pressionam ainda mais os trabalhadores a continuar na ligação, não lhes permitindo qualquer reação.

“Têm outros [clientes] que ligavam agressivamente, falando com a gente. Tem uns supervisores que dizem: vá, você tem obrigação de atender. Você está aqui para isso!” (Andréia)

“Teve um [cliente] que falou que ia me botar na justiça, que já tinha entrado na justiça e colocado atendente. Eu, ‘Calma senhor’. ‘Você está falando da Bahia, não é? Por isso que você está com essa vizinha de merda.’” (Silvana)

“Teve um que disse que ia gravar, que ia botar no jornal da cidade, que eu estava dando a informação errada, que cada hora era uma informação diferente. Era tanta situação, tinha gente que já ligava te xingando toda, me colocando mais em baixo, que você é empregada, tem que me tratar bem, não sei quê.” (Silvana)

Assim como ocorre com os supervisores, a gestão da empresa também se utiliza desses clientes como mais uma forma de controle dos trabalhadores a fim de aumentar a produtividade. Para Soboll (2007:18), *“o discurso e a ética economicista acabam justificando tais práticas como necessárias, na tentativa de legitimar e banalizar a violência utilizada como uma política de gestão”*. Ressalta-se que a utilização de intimidações e aviltamento, mesmo com o objetivo de melhorar a atuação do trabalhador é considerada assédio moral.

Inúmeras são as situações de assédio moral causadas por médicos do trabalho das empresas, relatadas nas narrativas dos trabalhadores portadores de LER. Algumas destas situações serão apresentadas abaixo, no intuito de explicitar tais atos de violência.

“Ele [médico do trabalho da empresa] sempre batendo na tecla de que não ia olhar. E que se ele olhasse, ele ia se comover. Ele chegou ao ponto de dizer isso, ‘se eu olhar, eu vou me comover, então prefiro nem olhar’. Aí, eu comecei a ficar nervosa e comecei a entrar em crise de choro. Ele pegou o relatório de minha médica e saiu pelo corredor mostrando. Mostrando até para os outros médicos e dando risada.” (Teresa)

A trabalhadora refere que o médico usava de profunda ironia, debochando da sua condição de doente, utilizando-se de ataques psicológicos para atentar contra a sua dignidade. Além do comportamento de deboche, este profissional expôs a situação desta operadora para os seus pares, ridicularizando-a, o que ocasionou instabilidade emocional abalizada pelo choro. Nota-se que, estes atos de violência moral foram citados, repetidas vezes, nas entrevistas. Para Barreto (2004), estes atos estão na esfera da “*violação dos direitos humanos, uma vez que atingem a identidade do trabalhador e à sua dignidade*”.

“Aquele médico da empresa, ele é um carrasco. A coisa mais absurda é você chegar para um médico com dor, reclamando, entendeu? E ele olhar para sua cara e dizer que aquilo não é nada. Aquilo é carrasco. Ele tem uma forma muito insensível de tratar. Eu me recuso a aceitar isso! Então, as pessoas desfazem de você o tempo inteiro, do que você está sentindo.” (Joana)

“Ele [médico do trabalho da empresa] estava até comentando comigo que teve uma funcionária que até entrou na justiça contra ele e perdeu. E agora, ela está prestando serviço à comunidade. Ele me insultou muito. Não só dessa vez não. Várias vezes. Aí quando ele falava era horrível! Tudo isso é humilhante na verdade.” (Luiza)

“No dia que eu fui levar o pedido de prorrogação ele sentou na sala com outro médico e ficaram mesmo assim querendo que eu voltasse. É melhor você voltar! [fala em tom de ameaça] E eu fiquei nervosa que até minha lente de contato caiu no chão. Foi horrível mesmo, uma pressão psicológica que eles fizeram comigo... Ele queria que eu assinasse um documento que eu estava apta para trabalhar... Dizendo também, sou médico do INSS e você está vendo que os médicos estão dando alta para as pessoas.” (Luiza)

Uma série de atitudes caracterizadas como violência moral é realizada cotidianamente por estes profissionais no ambiente de trabalho. Observa-se que, assim como os supervisores agem como uns “leões de chácara”, a figura destes médicos está sempre associada à imagem de carrasco, um indivíduo cruel, desumano e algoz. Estes profissionais (médicos do trabalho de empresas) utilizam conhecimentos técnicos sobre as doenças para funcionar como mais um mecanismo de controle da organização do trabalho, e não o de se responsabilizarem pelo cuidado com a saúde. Intimidação, insulto, ameaça, coação, entre outros, são exemplos do uso dessas estratégias de temor psicológico em todas as instâncias setoriais e hierárquicas da

empresa. Desta forma, Barreto (2004) retrata que o ambiente de trabalho passa a ser dominado pelo medo coletivo.

Se por um lado as práticas de assédio moral têm se tornado constante nos *call centres*, fora deles, as experiências de abusos e humilhações consideradas aqui como violência psicológica a que vem sendo subjugados estes trabalhadores portadores de LER, do mesmo modo, causam perplexidade em virtude destas acontecerem em locais onde estes procuram amparo, como em consultórios médicos e outras instituições públicas, tais como, postos do Instituto Nacional da Seguridade Social - INSS e Delegacia Regional do Trabalho. Ressalta-se que estas experiências podem trazer danos irreparáveis à saúde mental e física destes indivíduos. Para Minayo & Souza (1998) *apud* Soboll (2007), a violência pode ser exercida não somente por indivíduos, mas por um sistema mediado e estabelecido em decorrência das relações sociais.

Para a Organização Internacional do Trabalho – OIT (1998), a violência psicológica pode ocorrer em qualquer lugar e em qualquer momento e tem se constituído num relevante problema de saúde pública. Segundo Oliveira & Nunes (2008), a violência é considerada um fenômeno polissêmico e multicausal, apresentando-se nas diversas modalidades e estágios. Já a violência psicológica se desenvolve como um processo silencioso, que progride sem ser identificado, porém deixando profundas marcas (SCHRAIBER *et al*, 2003; SILVA *et al*, 2007).

A violência psicológica é conceituada como toda ação ou omissão que causa ou visa causar dano à auto-estima, à identidade ou ao desenvolvimento da pessoa (BRASIL, 2001). Este quadro inclui ameaças, humilhações, chantagem, cobranças de comportamento, discriminação, entre outros. Dentre as modalidades de violência, é a mais difícil de ser identificada. Mesmo bastante freqüente, pode levar o indivíduo a sentir-se desvalorizado, sofrer de ansiedade e adoecer com facilidade, situações que se arrastam durante muito tempo e, se agravadas, podem levar a pessoa a provocar suicídio (BRASIL, 2001).

A narrativa abaixo de um operador de *telemarketing*, portador de LER, por ter uma musculatura desenvolvida, típica de quem praticava exercícios físicos, constitui-se num exemplo de violência psicológica causada por um fiscal do trabalho da Delegacia Regional do Trabalho – atual Superintendência Regional do Trabalho e Emprego – SRTE. Este trabalhador foi prestar uma queixa neste órgão, que tem nas suas atribuições fiscalizar os ambientes e

condições de trabalho, e ao se dirigir a este fiscal, foi acusado de estar querendo utilizar-se de artifícios para não trabalhar. Ao ouvir esta acusação, este relatou o drama do constrangimento resultante, que o desequilibrou emocionalmente, deixando-o desorientado ao ponto de esquecer seu horário para realização do tratamento fisioterapêutico. Observa-se claramente a situação de violência, visto o constrangimento causado e a insinuação ofensiva e maliciosa que desestabilizaram este indivíduo, bem como atingiu a sua dignidade (OLIVEIRA & NUNES, 2008).

“Essa semana eu fui a DRT e o fiscal do trabalho, eu fui conversar com ele e ele simplesmente disse que eu teria que está procurando outra coisa para fazer que aquilo não era emprego para eu está trabalhando não. Que eu era um cara forte e... com um porte forte desse que eu poderia está usando outro artifício para não trabalhar. Mas ele, com outras palavras, ele disse que eu estava usando um artifício para não trabalhar. Aí eu me senti muito mal naquela hora ali. Mas deixei para lá, fui para casa. Eu tinha até fisioterapia para fazer... saí e fui para casa direto.” (Márcio)

Os operadores de *telemarketing*, portadores de LER trazem, frequentemente em suas narrativas, expressões como “descaso”, “destrato”, “desfaz” quando se referem ao tratamento fornecido por médicos peritos do INSS. Para eles, a violência moral e psicológica cometidas por estes, vem em primeiro plano, o que é inaceitável. Já o benefício previdenciário perdido é percebido em suas falas como segundo plano, porque estes trabalhadores inúmeras vezes explicitam que “podem até perder o benefício, mas não desfazer do que estão sentindo”. Estas pessoas são acusadas e impossibilitadas de se defenderem, visto estarem fragilizadas pela doença, assim como, com sua condição de doente sendo atestada por estes profissionais. A médica perita “chega a querer que a trabalhadora não se cuide”, sugerindo inclusive a retirada do aparelho odontológico, já que “dá trabalho para ser escovado”.

“E o próprio INSS, porque o perito do INSS, o quê que é aquilo? Ele te desfaz o tempo inteiro. Que não vê motivo, que não vê incapacidade, manda você fazer exercício que você não tem condições de fazer. É complicado porque eles não aceitam. Além de não aceitar, eles não entendem que você tem esse problema. Tudo bem, eles podem até não conceder benefício, mas aí desfazer do que você está sentindo? É complicado. Ele pode não conceder porque na visão dele de profissional ele ache que não precise do benefício, mas aí a destratar ou simplesmente ignorar? Eu vou para perícia com o relatório, vou com o exame, vou

com remédio, receita médica, com tudo, e mesmo assim ele destrata você, faz um monte de perguntas, o que é que você está fazendo da sua vida. Teve um que virou para mim agora e falou: por que você não entra na faculdade?” (Joana)

“Pelo menos comigo acontece assim, o médico do INSS mesmo, me atendeu e nem me avaliou. Eu falando para ele o que sentia, ele pegou, eu tive que falar que dói. Não me deixou nem falar. Eu fico indignada com essas coisas porque eu não tenho recursos maiores para procurar outras coisas. Eles não dão oportunidade da gente falar, a gente fala, eles olham assim num descaso. Eles acham que você tem obrigação de trabalhar e o INSS não tem obrigação de assegurar ninguém.” (Andréia)

“Porque assim se eu estou com problema na mão, eu não posso realmente chegar e pentear a cabeça. A perita disse que... "E porque você não tirou aparelho então". Sabe quando vem uma coisa de dentro que dá vontade assim de dar assim, uma boa resposta, sabe? E assim, questionando, sabe? Como se eu realmente não tivesse me cuidando. Qual o interesse que eu tenho de não me cuidar? Qual o interesse? Para mim seria... não seria normal eu ficar nessa vida. Se eu realmente quisesse ficar nessa vida, sem ter nada, só por essa razão, eu já teria um problema de cabeça.” (Viviane)

Para Campos (2003:1653), as situações de violência podem ser evitadas no ambiente de trabalho através da adoção de uma “lógica preventiva” e o desenvolvimento de uma “política formal antiviência”. A eliminação dos comportamentos discriminatórios e abusivos já seria positiva para se evitar tais atos que provocam sérias consequências.

Mesmo com as diferenças conceituais em torno da terminologia “assédio moral”, não há divergências entre os autores sobre as consequências provocadas pela exposição ao assédio moral e a violência psicológica pelos trabalhadores. Os efeitos destas exposições à saúde são diversos e muitas vezes, dependem da duração e intensidade dos estímulos estressantes. Essas situações de violência causam ou contribuem para inúmeros transtornos psicopatológicos, psicossomáticos e comportamentais.

Dentre os transtornos psicopatológicos, os mais citados na literatura estão: depressão, ansiedade, melancolia, insônia, apatia, reações de medo, alterações de humor, insegurança, sociofobia, ataques de pânico, baixa auto-estima, entre outros. Entre as desordens

psicossomáticas estão a sudorese, tremores, taquicardia, dor e úlceras estomacais, perda de peso, dermatites, etc. O isolamento social, reações auto-agressivas, disfunção sexual, transtornos alimentares e aumento no consumo de álcool, drogas e cigarros figuram como os sintomas comportamentais mais comuns (DI MARTINO *et al*, 2003; CASSITTO *et al*, 2004; MACIEL *et al*, 2007).

“Eu fui para o psiquiatra, o psiquiatra disse que era para eu parar com isso [parar de andar com os exames em mãos para comprovar a doença]. Eu falei: ‘Olhe aqui doutor, olhe meus exames para o senhor ver que eu não estou mentindo’. Que tudo isso quem está causando é o perito do INSS. Eu não quero ficar assim. É triste, você não tem vida! É impossível você olhar vários exames, de vários médicos, todos atestando. Exames dos de médicos idôneos, respeitados no mercado, exames fiéis, como a eletroneuromiografia. E você ali, passando toda a prova de que você é um fraudador, de que você é um golpista. Isso mexe e tem mexido muito comigo.”
(Viviane)

A narrativa supracitada demonstra as conseqüências geradas por esses atos de violência de médicos peritos do INSS. Insegura diante dessas situações e com sua auto-estima abalada, a trabalhadora passou a andar em todos os lugares com os exames que confirmam o diagnóstico da doença no modelo biomédico, necessitando ser repreendida pelo seu psiquiatra.

“Tive que tomar três comprimidos para poder acalmar porque eu olhava uma faca e dava vontade de colocar em mim, entendeu? (emociona-se novamente). Eu sei que é vergonhoso isso... [muito emocionada]. Vergonhoso sim porque assim... a gente acha que nunca vai acontecer com a gente, entendeu? [continua muito emocionada]. Não é porque a gente é melhor que ninguém não, mas... é difícil. Ficar doente assim, você perde a sua vida... perde a sua vida [ênfatisa]... Não tenho coragem de encontrar com o perito na rua, sabe?” (Viviane)

“E uma coisa que adoce qualquer pessoa também, é o INSS. Porque os peritos ... eu sofri uma agressão. Até então, eu nunca tinha sofrido isso de ninguém. De ninguém mesmo sabe? E nem dos próprios peritos do INSS. Em momento algum esses peritos, até chegar o perito que me agrediu, eles me maltrataram. Foi quando eu fui atendida por doutor Castro [nome fictício] que realmente ao entrar na porta, ao entrar na sala dele, a partir dali já começaram os maus tratos. E isso me adoceu mais porque eu estava com a depressão, mas ela estava controlada porque eu estava tomando remédio.” (Viviane)

Estudos apresentados por Guimarães & Rimoli (2006) demonstraram que um elevado percentual de indivíduos vítimas de violência moral procurou tratamento psiquiátrico e que uma entre cinco pessoas relatou estar em uso de medicamentos como consequência dessas experiências. As narrativas abaixo dos informantes deste estudo exemplificam os dados apresentados pelas autoras supracitadas. A trabalhadora relata que após ter sido submetida às humilhações por médicos da empresa, ficou tão desestruturada que foi pedir ajuda ao sindicato da categoria, uma vez que tinha medo de adentrar as dependências do serviço médico da empresa.

“Eu vim aqui [no sindicato] pedir para que alguém me acompanhasse até ele [o médico do trabalho da empresa] porque eu não tinha mais condições. Eu fiquei com um bloqueio e não tinha condições mais de ir lá. Eu tive até que procurar uma ajuda de um psiquiatra porque eu fiquei tão transtornada, que ao sair da empresa, quase que um carro me pega.” (Teresa)

“Eu tomo dois antidepressivos e tomo um ansiolítico.” (Viviane)

“Eu tenho muito medo hoje de entrar em uma agência do INSS e tenho muito medo de encontrar esse homem na rua, doutor Castro [nome fictício].” (Viviane)

As histórias destes operadores de *telemarketing*, portadores de LER, foram marcadas por experiências de sofrimento vivenciadas tanto no ambiente de trabalho quanto em locais considerados em sua essência, como de suporte ao trabalhador, no qual as injustiças, humilhações, abusos, constrangimentos, maus-tratos e coações os atingiram psicologicamente.

Observa-se as inúmeras consequências causadas por estas situações de violência, como casos de depressão, síndrome do pânico, auto-estima abalada, insegurança e até situações extremas de risco de suicídio. Estes atos geraram mudança acentuada no comportamento dessas pessoas, agravando ainda mais as LER. Este itinerário de violência psicológica e assédio moral, segundo o modelo biomédico, não está presente no modelo clínico da “história natural” desta enfermidade. Faz-se necessárias medidas que contenham estas ações, tanto nos ambientes de trabalho como em outras instituições, uma vez que estes abusos e humilhações repercutem na evolução social e cultural desta doença, com possibilidades de desfechos que agravam o prognóstico e dificulta a reabilitação dos enfermos nesta categoria de trabalhadores.

CAPÍTULO VI

TENHO QUE FICAR DEPENDENDO DAS PESSOAS! O COTIDIANO MODIFICADO DOS OPERADORES DE TELEMARKETING PORTADORES DE LER

Este capítulo destina-se a discutir a mudança do cotidiano dos operadores de *telemarketing*, portadores de lesões por esforços repetitivos - LER. Pensar sobre as modificações no cotidiano quando se reporta às enfermidades, parece “um lugar comum”, uma vez que toda doença em algum aspecto transforma o dia-a-dia dos indivíduos.

Fazer uso constante de medicamentos, alterar a alimentação, modificar hábitos e estilos de vida, dirigir-se sistematicamente às clínicas médicas, realizar tratamentos quimioterápicos e hemodiálises, traduzem exemplos da interferência de doenças como hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, câncer, problemas renais, entre outras doenças crônicas no cotidiano destes portadores. No entanto, ao analisarmos as LER, consideradas como doenças crônicas quando mantidas submissas a organizações nocivas de trabalho, observamos que, além desses exemplos supracitados de transformações no cotidiano, ressaltamos que esta enfermidade tem um poder acentuado de ocasionar incapacidade funcional e conseqüentemente dependência em relação a outras pessoas, além de serem acompanhadas da dor, em todos os seus espectros.

O cotidiano definido segundo Ferreira²⁴ (2001) como “*o que se faz todos os dias ou o que sucede ou se pratica habitualmente*” é uma temática relevante expressa nas narrativas destes operadores de *telemarketing*, portadores de LER, à medida que essas lesões têm capacidade de ocasionar importantes incapacidades, conforme já descrito no capítulo II.

No entanto, antes de iniciarmos a abordagem sobre as modificações do cotidiano dos operadores de *telemarketing* que adquiriram as LER, nos reportaremos a explicar sobre algumas mudanças que ocorreram na vida desses trabalhadores após adentrar no mundo do trabalho dos *call centres*.

²⁴FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Miniaurélio Século XXI: O minidicionário da língua portuguesa/Aurélio Buarque de Holanda Ferreira*; coordenação de edição, Margarida dos Anjos, Marina Baird Ferreira; lexicografia, Margarida dos Anjos... [et a.l. 5ª ed. rev. Ampliada. – Rio de Janeiro: Nova fronteira, 2001.

Algumas transformações no cotidiano dessas pessoas foram relatadas nas entrevistas. A primeira mudança referida por estes trabalhadores foi evitar atender telefone em casa ou atender ao telefone repetindo expressões utilizadas nos scripts das empresas “*alô, ... bom dia, o que deseja?*”; “*fale o que você deseja*”. Posteriormente esses operadores relataram que não podiam conversar com os colegas durante o trabalho, pois os supervisores desestimulavam qualquer tipo de relação de amizade para não interferir na produtividade ou para não haver socialização de problemas decorrentes das agressões de clientes, fazendo com que muitos utilizassem a tecla MUTE²⁵ para não ouvir as agressões ou para tentar conversar com os colegas. Porém ressalta-se que a utilização desta tecla para estes fins era reprimida pelos supervisores. As narrativas abaixo de Márcio demonstram algumas destas situações vivenciadas pelos operadores de *telemarketing*.

“Fale o que você deseja. Era uma coisa tão repetitiva que eu ficava... me causava uma indignidade tão grande que... Poxa, vir para uma empresa pra ficar igual a um robô, trabalhando igual a um robô, sem ter autonomia.” (Márcio)

“Ainda tinha a pressão psicológica do supervisor, que a gente não podia por exemplo, eu saía pra lanchar e não podia chamar dois ou três colegas pra gente conversar alguma coisa. Não tinha descontração, não tinha nada, só aquela pressão.” (Márcio)

“O funcionário está trabalhando e não pode ter uma relação social com o colega? Conversar na sala de lanche? Ele [supervisor] não gostava.” (Márcio)

Ademais, vieram as modificações decorrentes da percepção dos primeiros sintomas do adoecimento. As narrativas que seguem retratam essas alterações no cotidiano dos operadores.

“Até então ter entrado na área de telemarketing, eu não tinha sentido nada, mas a partir do momento que eu comecei a trabalhar no telemarketing...” (Andréia).

“O enrijecimento da mão, a necessidade de estar sempre alongando a mão o tempo todo, aquela dor, dor, dor, estalo nos dedos que eu não tinha, dores no punho, dor de cabeça também, muita dor de cabeça, uma dor de cabeça que ... que até morfina eu já tomei pra passar.” (Márcio)

²⁵ Durante uma ligação, ao ser pressionada a tecla MUTE, o head-set (aparelho de fone utilizado pelos operadores de *telemarketing*) desativará a transmissão de voz e a pessoa com quem você falando não poderá ouvi-lo.

“Eu sentia muitas dores. Sentia não, continuo sentindo e apareceu um cisto no punho direito. Os dedos ficavam doendo e eu comecei a ter limitações nas minhas atividades domésticas, em casa. Aí eu fiquei preocupada e procurei o médico. Foi com 07 meses. Eu nunca tinha me afastado. Eu nunca coloquei atestado. Eu ficava tomando remédio para dor porque eu tinha muitas dores no ombro.” (Luiza)

Foi possível observar nesta atividade, mais trabalhadores jovens, com primeiro emprego no mercado formal, muitos estudam em faculdades particulares e almejam outra vida. Verificou-se também uma ausência de cultura de “metier”, pois estes trabalhadores não resistem muito tempo no trabalho e a empresa não oferece condições de trabalho para desenvolver uma carreira longa, além de que, o adoecimento nesta atividade é muito precoce.

Em observações realizadas em *call centres*, coordenadores e gerentes de diferentes unidades admitiram que os operadores de *telemarketing* têm uma carreira com “vida útil” de cerca de dois a três anos, justamente em virtude das condições precárias de trabalho e risco de adoecimento inerente ao tipo de atividade. Para a empresa, a rotatividade é a melhor alternativa para evitar os problemas legais decorrentes desse “exército” de trabalhadores adoecendo (DIÁRIO DE CAMPO, 2008).

De acordo verificado nos relatos, os operadores perceberam inicialmente a doença em decorrência do aparecimento da dor e da irritação que esta provocava.

“A princípio eu sentia dores eu ficava muito irritada. A única coisa que eu fazia era tomar o remédio e quando era o meu dia de folga, ficava em casa descansando para o outro dia quando eu fosse trabalhar.” (Luiza)

Para permanecer no trabalho suportando a dor, as operadoras se “dopam” através da automedicação. A automedicação para reduzir a dor e voltar ao trabalho lhes garante a permanência no emprego. Isto pode se configurar como uma estratégia de exploração e controle do trabalhador, pela empresa. Porque, caso ele não suporte a dor e não mantenha sua produtividade, ele será descartado do trabalho. Neves (2006), em seu estudo, observou que os trabalhadores tiveram seus primeiros indícios da doença em virtude da queda de rendimento no trabalho provocada pela dor e pelo sofrimento psicológico gerado. Posteriormente são percebidas as limitações ou “incapacidade”.

A terminologia “limitação” é frequentemente utilizada como sinônimo de “incapacidade”. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define ‘incapacidade’ 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 aspecto considerado normal”. Refere-se a coisas que as pessoas não conseguem fazer (MENDES, 2003:60). Já a Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde – CIF/OMS (2003:198) amplia o conceito, utilizando o termo ‘incapacidade’ para designar “um fenômeno multidimensional que resulta da interação entre as pessoas e o seu ambiente físico e social”. Para esta classificação, a incapacidade é representada por um contexto complexo de situações que envolvem fatores biológicos, sociais, culturais e políticos (NEVES, 2006).

Os operadores de *telemarketing* ainda utilizam a expressão “limitações”, para significar a incapacidade, a impossibilidade de fazer algo e a dependência. Outros, no entanto, denominam de invalidez, remetendo a terminologia empregada pela Previdência Social, quando se refere à “incapacidade para o trabalho” (BRASIL, 1999).

As limitações físicas, em diversas circunstâncias, impedem a realização das atividades da vida diária, como os cuidados pessoais e tarefas domésticas. As falas dos sujeitos revelam um aspecto desse cotidiano modificado.

“Eu gosto de fazer a barba bem feita. Bem feita, eu não faço mais... Quando eu vou cortar o cabelo, aí eu mando passar a máquina. Não sou eu que estou fazendo a barba mais não! E vestir roupa, calçar sapato?” (Márcio)

“A minha escovação é péssima porque eu não tenho mais força pra escovar meus dentes, pra passar o fio dental. A minha gengiva está sempre inflamada.” (Viviane)

“Eu tenho dificuldade para cortar legumes e fazer sopa.” (Joana)

“Fazer qualquer coisa, apertar um parafuso, uma chave de fenda, trocar lâmpada. Tudo isso de doméstico também eu não estou conseguindo fazer.” (Márcio)

Atividades da vida diária, como escovar os dentes, fazer a barba, vestir roupa, cortar alimentos, dentre outras, passaram a significar um transtorno em suas vidas. De acordo Ribeiro (1997:91), o que vai expor o indivíduo com LER é a “incapacidade objetiva do fazer” devido

aos limites que a dor impõe, ficando mergulhado no sofrimento psíquico que a incapacidade desperta.

Alguns dos sintomas das LER descritos pelo modelo biomédico (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000; ASSUNÇÃO & ALMEIDA, 2005) foram frequentemente citados nas narrativas destes trabalhadores. Sensação de peso, perda de força muscular, fadiga, limitações de movimento e presença de dor são alguns destes exemplos relatados.

“Já chegou a cair um copo da minha mão. Antes eu lavava um prato, arrumava casa. Tranquilamente. Eu gosto de tudo organizado. Fazia minhas coisas. Agora não posso. Tenho que ficar dependendo das pessoas.” (Luiza)

“Eu não tenho mais a firmeza que eu tinha na mão.” (Cláudia)

“Eu já marquei, um minuto que eu seguro um talher para almoçar, a dor surge e ela é intensa.” (Viviane)

“E no almoço, cortar carne. Aí tem que descansar, dá aquela parada. Perdi a resistência.” (Márcio)

“Eu não tenho condições de lavar minha louça. E se eu ficar muito tempo escrevendo, eu tenho dificuldade, eu sinto dor se eu fizer esforço. Ou seja, eu tenho limitações. A minha vida ficou muito comprometida.” (Joana)

Esses sintomas normalmente não se apresentam de forma isolada. E, associado a eles surge o sentimento de incapacidade provocado pelas dificuldades ou limitações para realizar as atividades da vida diária. Este sentimento ganha proporção à medida que estas pessoas notam as alterações não somente em seu corpo, mas também em seu comportamento, passando a perceber o “comprometimento em suas vidas”. Em consonância com o encontrado por Magalhães (1998), os trabalhadores são muito cautelosos com a descrição das limitações provocadas pelas LER, uma vez que, além de constantemente serem acusados de estarem mentindo quanto à sua condição de portador desta enfermidade, essas pessoas querem demonstrar que as dificuldades envolvem todas as esferas da vida.

Aliado a esta percepção, a dor vai tomando o espaço do corpo, vai tomando o espaço da vida. Para Helman (2006), a dor não resulta apenas de lesão tecidual, mas compõe-se de fatores sociais, psicológicos e culturais. Este sintoma constitui-se numa experiência particular e subjetiva. Budó *et al* (2007) retratam que os sentimentos frente à dor são expressos de

diferentes formas. Para estes autores, as respostas a estes sentimentos podem ser afetivas, cognitivas ou comportamentais.

“Era uma dor insuportável. Mas as pessoas acham que é uma dorzinha leve, mas não, é uma dor insuportável. Só quem tem é quem sabe.” (Cláudia)

“Se eu tiver no ônibus, em pé no ônibus, de repente eu sinto meu braço soltando. Se pentear o cabelo, não sente mais o braço. É assim que eu sinto a dor, mas quando ela está forte mesmo, dá mau humor, dá indisposição, qualquer coisa que alguém fale já incomoda.” (Andréia)

“Eu estou tendo que conviver com a dor. Eu durmo com dor e acordo com dor. Quando a dor aperta muito, eu costumo parar tudo e sentar e ficar sentada no sofá. É como se tivesse curtindo, porque no meu caso a medicação não resolve.” (Joana)

Com muita frequência, os portadores de LER costumam procurar a rede de assistência em virtude das crises intensas de dor, mas que em alguns momentos não cessam nem com os medicamentos, não restando para estas pessoas outra alternativa a não ser “*curtir a dor*”. “Curtir” é uma expressão coloquial utilizada por jovens para explicar momentos de prazer, de diversão. Observa-se, portanto, uma ambigüidade entre prazer e sofrimento.

Estes diferentes tipos de comportamentos diante da dor evidenciam que a reação e comunicação frente a dor é vinculada à cultura e influenciam o sentimento das pessoas, podendo inclusive interferir no seu tratamento (HELMAN, 2006; BUDÓ *et al*, 2007). Conforme Helman (2006:177), a dor crônica, um dos sintomas das LER, é “*um distúrbio privado porque à sua visibilidade para as outras pessoas tende a desaparecer com o tempo, porém, o sofrimento dos indivíduos permanece*”.

A “*não aceitação da doença*”, o “*sentimento de impotência*”, a “*sensação de inutilidade*” e a “*dependência das pessoas*” são metáforas empregadas por estes operadores de *telemarketing* para relatar a sua experiência da doença.

“Eu não aceito a doença porque eu não quero me sentir uma inútil, mas ultimamente eu estou me sentindo uma inútil... porque não posso pegar e fazer um trabalho, não posso carregar um saco de compras, até bolo eu deixei de bater. Quem faz lá em casa agora é meu marido, eu coloco os ingredientes e ele mexe porque eu não posso bater bolo, não tenho condições de fazer.” (Cláudia)

“Minha mãe vai lá em casa, lava a minha roupa e eu ajudo a estender.” (Mariana)

“Eu não consigo lavar um prato direito. Eu não sinto apoio na mão. Eu não consigo esfregar alguma coisa. Se for para fazer uma comida, mexer alguma coisa, uma massa, um mingau. Incomoda. Dói. Dói mesmo, dói muito. Então são limitações. Na verdade eu me sinto fraca. É como se eu tivesse impotente.” (Luiza)

“Eu faço faculdade e eu não posso digitar, tenho que pedir a uma pessoa pra digitar. Eu fico mais tirando xerox, que até para escrever muito incomoda. Então é horrível! Depender muito das pessoas. E eu fico triste porque mexe com meu psicológico.” (Luiza)

“Eu me sinto inútil porque não posso varrer casa, não posso lavar prato, não posso lavar roupa, não posso fazer nada.” (Cláudia)

Verifica-se que, para estes trabalhadores, as limitações funcionais significam um entrave maior que a dor gerada pelas LER. Conforme Magalhães (1998), este fato pode ser explicado porque a dor é de natureza privada, então, é *“mais confortável por ser íntima e intransferível”*, mas a limitação física, por impedir a realização das atividades do cotidiano, impõe limites visualizados pelo coletivo, *“limites capazes de excluir”*.

A exclusão oriunda da incapacidade funcional atinge severamente os operadores de *telemarketing*, levando-os, a perda da identidade de trabalhador. Segundo Herzlich²⁶ (1986), a perda dessa identidade *“é a perda de um código identitário, pois a doença profissional o indivíduo conserva sua identidade: a doença corresponde, para ele, a uma integração social específica mais persistente; o papel de doente é um papel social”*. A doença quando não é reconhecida como relacionada ao trabalho, leva a essa perda da identidade com o trabalho no processo de adoecimento/sofrimento (HERZLICH, 1986 *apud* VERTHEIN & MINAYO-GOMEZ, 2000:114).

A utilização das terminologias *“inútil”* ou *“incapaz”* apresentadas neste estudo pelos teleoperadores, em virtude das limitações físicas ocasionadas pelas LER é amplamente tratada por Verthein & Minayo-Gomez (2000). Segundo estes autores, a discussão da doença implicando inutilidade surge numa perspectiva maniqueísta, entre o *“bem e o mal”*; *“saúde e trabalho”* e *“corpo e doença”* (p.111).

²⁶ HERZLICH, C. *Medicine moderne et quete de sens: La malade signifiant social*. In: _____. *Le sens du mal: antropologie, histoire, sociologie de La malade*. Ordres Sociaux. Paris: Presses Universitaire de France, 1986. Cap. V, p. 203.

Para os autores supracitados (p.113), essa sensação de “inutilidade” referida pelos trabalhadores é decorrente da condição do “*corpo-doente*” ser descartado, pois é considerado como um corpo “*portador do mal*” ou incapaz para o trabalho. Isto porque, para os referidos autores, houve uma mudança do “*corpo-devoto, da Idade Média que servia a Deus para o corpo-útil, o corpo capaz para o trabalho*” (p.117). Este corpo capaz para o trabalho está relacionado, segundo Foucault²⁷ (1977) existe um

“corpo disciplinado e controlado pelo exercício de poder sobre os corpos, não para que se faça o que quer, mas se opere como se quer, segundo a rapidez e a eficácia que se determina” (FOUCAULT, 1977 apud VERTHEIN & MINAYO-GOMEZ, 2000: 117).

Entende-se que, desta forma, “*uma anatomia de corpo-útil (capaz) e dócil para o trabalho articula uma economia de subjetividade necessária à época*” (VERTHEIN & MINAYO-GOMEZ, 2000: 118).

O sentimento de “depender das pessoas” não é o único incômodo. A dependência em relação ao uso constante de medicamentos para dor e a necessidade de realizar tratamento fisioterapêutico para “*o resto da vida*” são outros exemplos da modificação do cotidiano destes trabalhadores e que suas narrativas vêm sempre acompanhadas de muitas lágrimas e revolta.

“Eu estou dormindo realmente sedada. Eu tomo sedalex por causa da dor. É relaxante muscular. Aí eu vou e consigo dormir por causa do remédio, porque a dor é constante e eu tenho que tomar o remédio, esperar fazer o efeito pra poder dormir. Porque senão eu fico rolando na cama. E quando acordo, já acordo com a sensação de cansada, porque fica tudo dolorido.” (Cláudia)

“Dependência da fisioterapia. Essa é a palavra certa, uma obrigação. Essa obrigação que eu não queria ter. Se fosse assim, eu ter que fazer fisioterapia por seis meses, ok... mas não são os seis meses, é para resto da vida. Eu vou ter que me habituar com isso! Eu vou contra a minha vontade.” (Joana)

O tratamento fisioterapêutico, como os que utilizam de técnicas consideradas não convencionais ou “alternativas”, são extremamente relevantes para evitar a progressão da incapacidade funcional e para aliviar ou aumentar o limiar da dor. Dessa forma, de alguma

²⁷ FOUCAULT, M. *História da sexualidade 3*. O cuidado de si. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

maneira, podem manter a qualidade de vida. No entanto, por se tratar de uma doença crônica, esse tratamento não possibilita a cura, pois não interfere nos complexos de causas existentes nas organizações de trabalho. Os operadores de *telemarketing*, portadores desta enfermidade têm conhecimento dessa realidade e mesmo considerando a relevância dessa terapêutica, não conseguem se habituar a esta modificação em seu cotidiano.

Outros aspectos do cotidiano também são afetados, como as relações interpessoais. Os trabalhadores relataram o abandono por amigos e namorados em virtude da dor sofrida, das limitações ocasionadas por esta enfermidade, além do estigma, anteriormente analisado. Nota-se que não se trata “apenas” da presença da LER, mas de um corpo “cheio de dor”. A dor que tomou o espaço do corpo, não havendo mais lugar para o afeto, para o amor, para mais nada.

“Minhas colegas se afastaram. Assim, algumas.” (Luiza)

“Meu namorado até terminou comigo. Não deu certo. 03 anos! Porque eu cheia de dor. Então ninguém quer. Quem quer namorar com uma mulher cheia de dor? Dor aqui, dor ali. Sente dor não sei onde. Ele disse assim, você tem que se tratar, se cuidar, porque a gente não pode mais ir numa festa porque você não pode beber, a gente não pode passear. Não posso tocar em você direito que você sente dor. Tudo você sente dor! Até se ele me der um abraço, eu digo, aí, espera aí, devagar. Aí ele disse, não dar pra gente namorar assim, não! É melhor você ficar sozinha e se cuidar.” (Luiza)

Nasce outro cotidiano. Sem namorados, sem amigos, sem diversão e sem conseguir fazer as coisas que antes nem eram notadas, e com modificação inclusive da vida sexual. Essas falas, apesar da delicadeza e intimidade do assunto, foram abordadas por algumas operadoras, às vezes até com brincadeiras, em momentos de descontração. Outras trabalhadoras relataram, no entanto, que preferem se isolar porque sabem da dificuldade em se relacionar com uma pessoa, estando com muitas restrições impostas pela dor.

“Já atrapalhou até a vida íntima. Porque dói o braço, aí é desconfortável. Aí quando dói mesmo assim, aieú digo: vamos parar tudo!” (Cláudia)

Além das dificuldades encontradas para realizar as suas atividades, observa-se que este trabalhador tem que conviver com a incompreensão da família sobre as limitações provocadas pelas LER. Conforme Murofuse & Marziale (2001), as mudanças decorrentes desta doença também interferem no agrupamento familiar pela alteração do papel exercido neste núcleo.

“Porque eu não posso fazer mais nada, minha esposa mesmo ficava falando com as amigas delas que parecia que ela não era casada, porque qualquer coisa que tinha, que ela tem alguém que não sabe trocar uma lâmpada. Não é que eu não queira. Hoje ela diz: ‘Ele não vai mais não!’. Quando elas [amigas da esposa] ligam pra pedir alguma coisa, ela diz: Ele não vai mais não. Está doente.” (Márcio)

A narrativa supracitada demonstra quanto o cotidiano desses trabalhadores foi modificado, além das atividades consideradas corriqueiras na vida de uma pessoa, houve uma completa modificação no comportamento desses sujeitos e nas suas relações. Onde antes estas pessoas desempenhavam um papel, considerando-se “útil” para a sociedade, hoje se vêem como indivíduos dependentes e com sérios problemas psicológicos.

Em consonância com Magalhães (1998), foi observado que os homens demonstram um intenso sentimento de vergonha e fracasso pela enfermidade adquirida principalmente em função do seu papel de provedor atribuído pela sociedade. Essa divisão sexual do trabalho é confirmada até os dias atuais, apesar das transformações ocorridas no mercado de trabalho e na escolaridade das mulheres (NOGUEIRA, 2006; OLIVEIRA, 2007).

Para Magalhães (1998), *“a vivência diária da limitação corporal de movimentos e força, a constância da dor e a perda da autonomia provocada pelas LER convergem para a consciência de uma vida interceptada e abortada pela doença”*.

Os trabalhadores referem não ser mais a *“mesma pessoa”*, tendo suas vidas transformadas em virtude desta doença. Além das limitações físicas já descritas, a dor provoca tanto desconforto, causando uma completa alteração do estado emocional. Fato este encontrado nas narrativas dos operadores de *telemarketing*, portadores desta doença.

“De eu chegar em casa e descontar a minha raiva em minha mãe, em meus irmãos, ficar impaciente, de estar impaciente, de achar que eu não sou capaz de arranjar coisa melhor. minha mãe sempre disse: “você era uma menina tão calma, tão compreensiva, e agora você tá tão agressiva, qualquer coisa é uma má resposta...”, eu acho que criou uma coisa involuntária.” (Andréia).

“Desde quando as dores começaram que já estava me sentindo diferente, irritada. Quando eu ficava nervosa devido às dores eu saía e ficava assim, oh meu Deus por que eu estou assim tão nervosa? Tratava minha mãe mal. Eu fazia ignorância com minha mãe.” (Luiza)

“Na época que eu estava na empresa, eu estava completamente ignorante. Eu ficava sentindo dor, ficava estressada, ficava querendo resolver as coisas, sem poder. Então, eu era extremamente nervosa. Então eu tinha dificuldade com as pessoas. Eu preferia ficar em casa do que sair, do que ter contato com as pessoas. Porque qualquer coisa eu explodia.” (Cláudia)

“Eu ando muito nervoso. Qualquer coisa eu estouro dentro de casa logo. Eu não era assim. Eu era calmo, eu sempre fui calmo. As pessoas sempre diziam: ‘você é muito calmo’, mas de uns tempos pra cá, tudo pra mim é uma tempestade.” (Márcio)

Estes relatos corroboram com as descrições feitas por Murofuse e Marziale (2001). Estas autoras observaram que as mudanças ocorridas em função das LER na vida de bancários, além dos aspectos físicos também geram transformações importantes na estrutura emocional desses indivíduos.

Para as trabalhadoras que possuem filhos, a sensação de não poder cuidar, brincar, demonstrar carinho ou carregá-los trouxe um sentimento de impotência. Verifica-se nas narrativas que algumas mudanças no cotidiano estão relacionadas à condição de gênero. Segundo Magalhães (1998), estas peculiaridades dos diferentes papéis sociais de homens e mulheres são expressas na valorização das habilidades perdidas.

“Eu estava apertando um parafuso e não conseguia. Aí a pessoa: pôh, você um cara forte desse não consegue apertar nem um parafuso?” (Márcio)

“Dar um banho num menino dá dor, um cabelo eu tento sempre deixar curto. O da menina eu cortei, o da minha menininha eu cortei. Assim, porque na hora de pentear, o cabelo é muito cheio, dá trabalho.” (Mariana)

“Eu não podia carregar a minha filha no braço.” (Luciana)

“Eu tenho uma filha que eu tive que relaxar o cabelo porque eu não posso pentear o cabelo de minha filha. É complicado lidar com isso. Eu não aceito isso!” (Joana)

“Eu não aceito estar nesse estado, eu não aceito ter sido colocada nessa situação. Eu fui costurar a roupa de boneca de minha filha, que ela perdeu, eu não consegui. É horrível isso.” (Joana)

Até o corte de cabelo, não apenas dos filhos, mas das portadoras de LER, como forma de reduzir o sofrimento da dor na atividade de pentear, representa uma característica que expressa mudança no cotidiano inclusive da sua produção estética.

Constatou-se que todas as operadoras entrevistadas, independente de serem ou não casadas, realizavam tarefas domésticas. Conforme Nogueira (2006), essa dupla jornada de trabalho imposta às mulheres, confirma a desigualdade existente na divisão sexual do trabalho tanto no espaço produtivo quanto reprodutivo, reservando às mulheres as responsabilidades domésticas, consideradas ainda inerentes à condição feminina. Esta autora (2006) observou que, embora o número de mulheres chefes de família tenha aumentado, o sentimento destas, é de que exercem simultaneamente os papéis de pai e mãe, consolidando o fato destas trabalhadoras serem responsáveis pelas tarefas femininas de mãe e mulher e também pelas masculinas, de pai e provedor.

Esta constatação corrobora com o presente estudo que exprime nas narrativas abaixo, uma situação onde a operadora Joana é a chefe de família, sendo responsável pelo sustento e cuidado da filha e a outra, admite a divisão sexual e tradicional do trabalho.

“Eu sou uma pessoa sozinha, eu tenho minha filha. Só sou eu para fazer todas as minhas coisas. Então, não posso ficar dependendo das pessoas o tempo inteiro. Então, as limitações de lavar roupa e não poder, de ter que colocar minha filha de nove anos para lavar roupa, é minha filha que lava louça. Então, a empresa me deixou totalmente limitada. É um absurdo você chegar a essa conclusão.” (Joana)

“A gente que é dona de casa, não gosta de ver a casa da gente suja. Não tenho condições nenhuma de pagar uma faxineira e também não gosto que ninguém faça minha faxina. E aí muda tudo na minha vida. Muda minha auto-estima, muda o meu relacionamento com meu marido porque ele mesmo dizia que eu não estava mais deixando a casa limpa.” (Cláudia)

Conforme já citado anteriormente, a força de trabalho das atividades de *call center* é notadamente feminina. Observa-se a inserção da mulher num ramo produtivo de condições de trabalho precárias, com baixos salários, numa jornada que possibilita a realização das atividades domésticas. Essa “feminização” do *telemarketing* é justificada pelo fato de ser uma atividade que “necessita de competências” consideradas inerentes à mulher (NOGUEIRA, 2006; OLIVEIRA, 2007).

Segundo Oliveira (2007:52), o setor de serviços, como o do *telemarketing*, é responsável pela maior concentração de mulheres porque os vínculos precários permitem a “*compatibilização da vida doméstica com a necessidade de gerar rendimentos*” ou devido ao fato das atividades de serviço serem excluídas de uma “*representação em termos de tecnicidade*”, consideradas inerentes à “*natureza masculina*”.

Outra modificação ocorrida no cotidiano dessas pessoas após a percepção da enfermidade foi à impossibilidade de realizar as atividades esportivas e de lazer. Esses momentos de prazer foram substituídos pela dor.

“Antes dessa doença, eu montava cavalo, eu ia pra praia, eu viajava. Se tivesse uma balada, eu ia. Eu ia pra festa. Eu me divertia mesmo! Mas agora, não. Agora eu fico mais em casa, sentindo dor! É um cansaço, uma coisa, uma fadiga, uma dor. A dor é horrível. Eu não tenho ânimo pra fazer nada!” (Luiza)

“Eu não posso mais sair. Fazer as coisas que normalmente eu fazia. De procurar ir numa festa, sair com minha esposa para passear, ir numa praia, fazer uma natação. Tudo que eu faço me prejudica.” (Márcio)

“Não posso fazer nenhuma atividade física.” (Luiza)

“Eu sou uma pessoa que tinha atividade. Eu nadava, eu corria. Tive que parar porque assim que eu terminava de fazer atividade física, que eu chegava em casa e o corpo esfriava, as dores vinham.” (Márcio)

Observou-se que alguns operadores reconheceram seu “*papel de enfermo*” (*sick role*) após ter necessitado afastamento das atividades laborais por determinado período. Em outras narrativas, esse reconhecimento advinha quando não mais se conseguia desempenhar suas atividades no ritmo dos seus colegas de posto de trabalho com ausência de experiências consideradas “*normais*”. Para outros trabalhadores, sentirem-se estigmatizados ou “*rotulados*” por não conseguirem realizar determinada tarefa, até então tida como cotidiana ou sem grau de complexidade ou relevância foi um aspecto fundamental no reconhecimento da sua enfermidade.

CAPÍTULO VII

O QUE EU FAÇO A PARTIR DE AGORA? PERSPECTIVAS DOS OPERADORES DE TELEMARKETING PORTADORES DE LER

Conforme já explicitado no capítulo II, a população trabalhadora de *call center* é em sua maioria formada por pessoas jovens e do sexo feminino (ASSUNÇÃO & VILELA, 2003; OLIVEIRA JUNIOR *et al*, 2005; NOGUEIRA, 2006; SILVA, 2006; OLIVEIRA, 2007). Este dado é extremamente preocupante porque se observa um grande contingente de jovens e mulheres em plena fase produtiva, já doentes em decorrência do trabalho, principalmente pelas lesões por esforços repetitivos – LER. Essas doenças têm representado um relevante percentual do conjunto de patologias relacionadas ao trabalho, modificando toda a estrutura de vida dessas pessoas, como também os excluindo do mercado de trabalho.

De acordo relatos desses sujeitos, a ausência de perspectiva após o reconhecimento dessa enfermidade é expressa com sofrimento. Muitos operadores de *telemarketing* entendem haver impossibilidade de cura na evolução das LER, mesmo realizando tratamento fisioterapêutico para a reabilitação. As narrativas abaixo revelam tal fato.

“Porque não tem cura. Por mais que você faça o tratamento, vai melhorar, mas curar não. A fisioterapeuta me ajuda, mas não cura. A gente faz a fisioterapia está tudo bem. Aí sente um pouco bom, mas a partir do momento que deixa de praticar, volta tudo ao normal. O médico disse para mim: “isso não tem cura, é melhor que você vá fazer a fisioterapia para poder melhorar, mas que você vai ser curada, não. Dá uma sensação de impotência. Eu tão jovem e impossibilitada.” (Andréia)

“Porque quando o médico me disse que não tinha cura eu chorei bastante. E eu tenho medo de piorar.” (Luiza)

“Os fisioterapeutas deixam bem claro isso. Ajuda bastante, como a médica mesmo falou: ‘Eu não vou lhe dizer que você vai sair daqui curada porque eu não tenho como curar você.’ (Luciana)

“Eu posso daqui a mais algum tempo perder a força. Meu médico falou que infelizmente caminha para isso, perder a força, depende de fisioterapia para o

resto da vida... Então, quando eu descobri, a coisa que mais me chocou foi quando o médico disse: “Fisioterapia agora faz parte de sua vida.” (Joana)

O sofrimento dos trabalhadores nessa situação é muitas vezes ocasionado pela certeza da impossibilidade da cura (BARBOSA *et al*, 2007). Esta resulta da falta de compreensão sobre as melhorias das condições de trabalho, de modificações capazes de melhorar o prognóstico, além da precariedade dos próprios serviços assistenciais.

Esses trabalhadores sentem-se indignados por terem adoecido em decorrência do trabalho e de não ter o suporte da empresa para realização do tratamento. As falas abaixo são reveladoras de como estes operadores sentiram-se “descartáveis” pela empresa e sem uma perspectiva de vida com a doença.

“Eu tinha entrado num lugar saudável, desenvolvi uma doença. Porque eu acredito que se você está numa empresa e desenvolveu aquela doença lá, você tem que ter o apoio da empresa para que você se cuide, e até mesmo se eu quiser sair de lá tem que ser negociado. Que pelo menos agente tivesse um acompanhamento, que a empresa disponibilizasse até mesmo um psicólogo pra ajudar. Não é todo mundo que aceita uma doença e fica bem, você sabendo que entrou saudável, pra ajudar uma empresa e realmente também se ajudar, e sair de lá doente como se fosse um papel machucado que não serve mais. Não ter nem a que recorrer!” (Andréia)

“Tudo isso é muito constrangedor. Você começa a pensar que enquanto você está dando produtividade para empresa, você é importante. Mas a empresa complicou a sua vida, limitou sua vida, e disso você não tem dúvida, aí então, ela quer descartar.” (Joana)

Barbosa *et al* (2007), reportaram que os portadores de LER precisam de um suporte psicológico porque essa doença vem acompanhada de importante componente ansioso e depressivo, além da figura da incapacidade. Estas autoras relatam que a evidência destes transtornos psicológicos ocorre em virtude de situações definidas de “*perda da identidade no trabalho, na família e no círculo social*” (p.493). A trabalhadora Andréia, em sua narrativa acima aponta para a necessidade deste apoio psicológico.

Outros trabalhadores que conhecem a progressão da doença relataram que imaginam sua vida a partir do diagnóstico de LER como inválidos. De acordo Murofuse & Marziale

(2001), isto é decorrente das dificuldades encontradas na realização das atividades da vida diária, da perda da autonomia imposta pelas limitações da doença.

“Eu me imagino como uma inútil, como uma inválida. Porque, na verdade, eu dependo de minhas mãos pra poder trabalhar. Porque tudo é em pró das mãos, se tem que pegar alguma coisa, se tem que escrever alguma coisa. Então, se daqui pra frente a coisa não melhorar e só se agravar, eu realmente vou me sentir pior do que eu estou me sentindo.” (Cláudia)

Para outros, o medo do desemprego e falta de perspectiva de reinserção no mercado de trabalho sendo portadores de LER configura-se como uma realidade. Observa-se que estas pessoas, em que muitas exercem a atividade de *telemarketing* como o primeiro emprego no mercado formal, agora se encontram doentes e sem perspectiva de sobrevivência. Os relatos que seguem demonstram essa falta de perspectiva de reinserção no mercado.

“Isso é horrível você ser inútil. A gente se sente inútil. Porque eu não posso fazer e eu também fico imaginando que assim, eu vou ficar como? Vou ficar sem trabalhar? Eu já estou cheia disso. E se eu quiser dar um basta assim, e quiser arranjar outra atividade? Não posso também. Que atividade eu vou fazer? Se hoje é tudo informatizado? Até trabalhar numa loja você tem que ir lá no computador pra digitar alguma coisa.” (Luiza)

“Então vira e mexe... e eu não vou negar que minha cabeça arde, porque eu fico pensando o que é que eu vou fazer. E quando passar um ano de estabilidade, o que é que eu vou fazer? Eu não estou conseguindo ainda enxergar outra coisa.” (Viviane)

“Eu estou recebendo seguro ainda, mas daqui a três meses acaba o seguro... e se dentro de três meses não tiver uma posição da justiça, se os advogados não conseguirem. É muito complicada a situação. Eu tenho que trabalhar. E eu tenho limitações.” (Joana)

Todos os trabalhadores entrevistados têm preocupação de como essa doença irá progredir e de como será o grau de incapacidade funcional. As narrativas abaixo descrevem esta angústia.

“Meu Deus, nessa idade e eu estou assim. Imagine quando eu tiver com 40 anos! Eu não vou poder nem levantar da cadeira!” (Luiza).

“Se sentir impotente o tempo inteiro e sem conseguir fazer nada! O que é que essa doença pode fazer comigo quando eu tiver quarenta e cinco anos, por exemplo? Essa preocupação eu tenho.” (Joana)

A dificuldade em encontrar apoio para os problemas decorrentes das LER faz com que estes trabalhadores sintam-se desamparados e isolados causando uma incerteza sobre suas vidas. O medo da solidão também acompanha estes operadores.

“Eu estou me sentindo desamparado. Eu estou me sentindo mesmo como se tivesse é... isolado... tô me sentindo isolado porque todo lugar que eu vou sempre tem alguma coisa assim que eu ... que me joga mais pra baixo ainda... porque todos os lugares que eu vou, porta fechada.” (Márcio)

“Meu Deus, eu não tenho filho e não vou ter nem minha mãe, nem meu pai pelo resto da vida. Como é que eu vou ficar com esse problema de LER?” (Teresa)

O sentimento das mulheres que possuem filhos é marcado pelo medo de não poder mais realizar os seus cuidados, no papel de mãe e provedora e pelo sentimento de fracasso. Outras mulheres relataram que almejavam ter outros filhos, mas não possuíam mais coragem porque não sabem como ficarão as suas limitações físicas. Para as trabalhadoras que ainda não possuem filhos, as narrativas eram de dúvida quanto a possibilidade da maternidade.

“Eu tenho muito medo viu! Porque eu tenho uma filhinha de seis anos e eu tenho medo de depender de uma pessoa pra fazer tudo, para poder escovar os dentes, para poder pentear os cabelos, para poder calçar o sapato, entendeu? Não poder arranjar outro trabalho.” (Silvana)

“E se eu tivesse um bebê hoje? Se eu tivesse um filho? Eu tenho trinta e cinco anos. Será que eu vou conseguir cuidar do bebê? Eu vi uma mãe, que é colega minha, que disse que ela não consegue cuidar do filho dela. Teve uma outra que disse a mesma coisa, que ela não consegue carregar o filho dela. Então, é por isso que eu fico vendo fracasso.” (Joana)

“Meu Deus, como é que vai ser um dia se eu quiser ter um filho?” (Viviane)

“Eu sempre me joguei em tudo. Eu tirava férias e ia trabalhar, fazer algum bico. Justamente por causa de escola, entendeu? Até antes de me afastar eu fiz isso. No final do ano, se eu tirasse férias eu tinha que fazer alguma coisa porque tinha

material escolar, tinha matrícula Eu só tenho uma filha, e em termos de escola, eu sou muito exigente. E tenho procurado dá isso para ela. Então é por isso que vem o fracasso. É uma sensação de fracasso. É por isso, por a gente não poder fazer as coisas.” (Joana)

A narrativa sobre o medo ocasionado pelas limitações físicas foi uma temática recorrente para os operadores de *telemarketing*. Todos os operadores entrevistados referiram temer a incapacidade porque esta condição pode abortar seus projetos de vida. As limitações funcionais provocam incertezas diante do futuro. Para Magalhães (1998:177), “*trata-se de uma identidade reestruturada (ou desestruturada) pela doença, num cenário global de inquietação e de dúvida*”.

“Tenho medo de não poder mais fazer nada.” (Márcio)

“Eu tenho muito medo. Medo de perder os movimentos de minha mão. Eu tenho muita preocupação de como é que vai ser a minha vida daqui para frente. E tenho muito medo de não poder cuidar de minha filha, de não poder dar continuidade as coisas que eu planejo, as coisas que eu quero. Eu tenho muito medo. Tomara que eu consiga ser bastante equilibrada para não deixar que isso complique mais a minha vida.” (Joana)

“Eu tenho muito medo, porque dizem que o braço fica duro quando está num estágio. Que precisa até operação.” (Luiza)

“Ele [o médico quando deu o diagnóstico da doença] disse: vou te falar a verdade. LER é uma coisa que não tem cura e só vai fazer tratamento. Tem dia que eu choro porque, quando vou fazer, só de falar já fico emocionada, em casa quando eu vou fazer uma coisa, não posso fazer porque não tenho força no braço e isso é horrível. Fazer uma coisa e não sentir força para fazer, ter uma limitação, é horrível.” (Luiza)

As LER constituem um complexo patológico que acomete uma população jovem e em plena fase produtiva. Quando abordávamos a temática relacionada às perspectivas de vida com esta doença para estes trabalhadores, as narrativas sempre eram acompanhadas de muita emoção e incertezas.

Alguns relatos de trabalhadores se contradizem entre a total falta de perspectiva e a esperança em melhorar de situação. Mesmo sabedores da problemática e da necessidade de

realizarem tratamento para o resto da vida, buscam alternativas para viver com a doença. Outros ainda demonstram total dúvida quanto ao seu futuro profissional e medo quanto ao curso da doença.

“Eu não tenho futuro. Eu não tenho. Eu já fui tão sonhadora, tão sonhadora.”
(Viviane)

“O que eu tenho focado mesmo é em relação ao estudo, entendeu? Eu tenho focado bastante. Eu fui aprovada agora para Camaçari, mas tem muita gente em minha frente. Eu acho que esse ano não chama não.” (Joana)

“Eu queria voltar a estudar, mas não estou podendo escrever. Estou pretendendo fazer uma faculdade de engenharia ambiental.” (Márcio)

“Eu quero começar a fazer minha faculdade. Eu tenho esperança e eu quero manter. Eu tenho certeza que não vou conseguir fazer fisioterapia nos trinta dias do mês, mas as dez sessões, eu vou fazer. Eu tenho horror em fazer fisioterapia. Para mim é um sacrifício. Para ir todo dia, mas eu tenho que trabalhar isso também porque eu sei que vou precisar.” (Joana)

“Eu fico querendo assim saber... Quando eu for advogada, como é que vai ser? Porque eu acho que vai ser um corre-corre na minha vida. Eu [chora]... tenho medo de piorar. Não sei como vai ser. Quer queira ou não, eu sendo advogada eu vou ter que digitar fazer alguma coisa. Escrever. Eu fico curiosa pra saber quando eu me formar como é que vai ser...” (Luiza)

Segundo Magalhães (1998), apesar de tantos transtornos provocados, a doença é capaz de permitir a recolocação de projetos na vida das pessoas, mas também exhibe dúvidas sobre o futuro, algumas vezes permeadas de esperança de cura. Para outros trabalhadores, mesmo não tendo esperança serem curados das LER, não desistem de tentar uma saída para tal situação.

“Tem gente que acha “é melhor você se aposentar logo porque isso aí não tem cura. Me dizem isso. Isso me atinge muito. Eu digo não, não vou me aposentar não! Ainda tenho esperança.” (Luiza)

“Eu estou pensando em me curar porque milagres acontecem.” (Márcio)

“Eu posso aliviar algumas coisas, mas esperança de ficar boa, eu não tenho. Mas eu quero ser otimista. Eu quero imaginar que eu vá descobrir outra forma de

ganhar minha vida, de ganhar meu dinheiro, entendeu? Que por mais que eu tenha limitações, que eu não possa simplesmente me deixar vencer”. (Joana)

Diante da vivência de sofrimento, de medo e de falta de perspectiva, muitos operadores de *telemarketing*, portadores de LER, buscaram dar um sentido à suas vidas através da participação de grupos sociais com o intuito de combater a precarização no trabalho nos *call centres* e evitar o aparecimento de novos trabalhadores com doenças do trabalho.

“Por isso que hoje eu luto para melhoria do call center. Para meus colegas não passarem por tudo que eu passei.” (Luciana)

“Tanto é que depois que eu comecei a tomar os medicamentos, passei a ter força, comecei a procurar grupos. Eu já participava do CEAPLER²⁸, mas aí comecei a perceber que eu poderia está no grupo, até pra poder está me fortificando mais ainda, e até ajudando outras pessoas, diante do que eu já passei.” (Teresa)

O medo da incapacidade, a dúvida quanto ao futuro profissional, a certeza da falta de cura da enfermidade, a sensação de impotência, de desamparo, de isolamento foram aspectos presentes nas narrativas destes operadores de *telemarketing*.

As LER não significam um limiar entre a vida e a morte, mas se constituem em enfermidades crônicas, progressivas e degenerativas que são incapacitantes não somente para o trabalho, e que reduzem drasticamente as expectativas de crescimento profissional, gerando fortes apelos de impotência e insegurança quanto ao futuro. Para Verthein & Minayo-Gomez (2000:123), *“as vivências dos trabalhadores são permeadas pelo medo de perder suas referências sociais: medo da perda da identidade, medo da marginalização, da exclusão”*, do desemprego. Dessa forma, a doença é pensada a partir da incapacidade.

Observa-se ainda a ausência de suporte social para estes trabalhadores doentes, quando na realidade, é obrigação da previdência social e do Sistema Único de Saúde assegurar o direito à reabilitação profissional. O trabalhador, muitas vezes, desconhece esse direito ou não consegue se valer deste, visto as humilhações e dificuldades que lhes são impostas. Assim, as instituições encontram-se ausentes do seu universo de significados. Por outro lado, as

²⁸ Centro de Estudo, Prevenção e Apoio aos Portadores de LER/Dort – CEAPLER é uma associação criada em setembro de 1995, cujo principal objetivo é a divulgação da doença, conscientizando à sociedade quanto à importância da prevenção que incapacita milhares de pessoas em todo o país. Reúne trabalhadores portadores de LER de diversos ramos produtivos (<http://www.sindadosba.org.br/compler.html>).

empresas praticam uma “política de descarte”, ou seja, após utilizarem a força de trabalho descartam o trabalhador doente, já sem utilidade. O trabalhador identifica essa situação, e diante da ausência de suporte institucional e social, sente-se como “*um papel machucado que não serve mais*”.

“Eu tenho muita preocupação do que será da minha vida daqui para frente!”
(Joana)

Os operadores de telemarketing, através de seus enunciados, demonstram a dúvida quanto às suas perspectivas de vida e a impossibilidade de poder viver como antes de serem portadores das LER.

CONCLUSÃO

O estudo apresentado permite compreender aspectos importantes sobre os “efeitos nocivos” da precariedade da organização do trabalho do *telemarketing* à saúde dos trabalhadores. Pressão aumentada de trabalho; trabalho de rotina sem oportunidade de tomada de decisão; monitoramento direto e indireto de desempenho; movimentos repetitivos e postura estática; necessidade de assumir várias tarefas; intensa demanda de processamento de informações; relação hierárquica conflituosa são algumas características desta organização. Este quadro está relacionado com a ocorrência de diversas patologias do trabalho, indicadas pela literatura e observadas neste estudo, dentre elas as lesões por esforços repetitivos – LER.

Podemos perceber que as LER, para os operadores de *telemarketing*, não se figura apenas como manifestações clínicas de uma doença que ocasiona limitação e perda de movimentos, perda de força muscular, dormência, dor crônica, dentre outros sintomas clínicos, conforme exposto no modelo biomédico. As LER não são apenas um distúrbio orgânico, capaz de dificultar ou impossibilitar a realização das atividades da vida diária, mas uma doença que traz uma série de interferências na esfera subjetiva e na vida destes trabalhadores.

No entanto, conforme exposto neste estudo, outras situações estiveram presentes no cotidiano destes operadores, e que são apresentados no modelo explicativo da doença pelos trabalhadores, a começar pela dificuldade de reconhecimento da doença tanto no ambiente de trabalho quanto fora dele. O transtorno para essas pessoas se inicia quando aparecem as dores e com ela a interferência na produtividade do trabalho e a necessidade de afastamento das atividades laborais ou quando surge a ameaça de demissões. Esta situação, de acordo relatos apresentados por si só, já ocasionam perda de auto-estima. Quando se iniciam as discriminações ou insultos pelos colegas e superiores hierárquicos, ou mesmo pelos médicos do trabalho da empresa, o sentimento de serem “desacreditados” passam a fazer parte da vida destes sujeitos. Dessa forma, tornam-se estigmatizados. Metáforas como “LERdeza”, “Lesado” e “LERdo” são comumente atribuídas a estes trabalhadores, para sinalizar a queda de seu rendimento no trabalho e a sua condição de portador de LER..

Adiante estas situações de descrença e discriminação, esses portadores de LER começam a vivenciar o em seu cotidiano, o assédio moral e a violência psicológica, que passam a causar implicações na saúde mental e física, tais como, manifestações de angústia e depressão, que pode mesmo chegar à tentativa de suicídio. Essas vivências de humilhações e constrangimentos atreladas à sua limitação física começam por fazer estas pessoas sentirem-se incapazes ou inúteis e excluídas do mundo social. Estas posturas perversas contra estes trabalhadores geram ainda interferências em seus relacionamentos profissionais e afetivos, causando isolamento social e solidão.

Enfim, muitos aspectos foram relatos por estes operadores de *telemarketing*, após o diagnóstico das LER. Situações que não estão descritas como a evolução natural dessa enfermidade pelo modelo biomédico. Estas vivências de discriminação, assédio moral, violência psicológica, modificações do cotidiano e até mesmo casos mais graves de ausência de perspectiva de vida para estes portadores de LER se configuram como ampliação do espectro de entendimento dessas doenças do trabalho para além do modelo biomédico e representam a principal contribuição do presente estudo. O desconhecimento desta esfera sócio-cultural das LER pelos profissionais de saúde e instituições envolvidas agrava consideravelmente o prognóstico e reduzem significativamente as possibilidade de prevenção e melhoria dos ambientes de trabalho.

Buscou-se, assim, compreender os significados das LER atribuídos por operadores de *telemarketing*, porém não esgotando essa temática. Observamos que muitos aspectos foram abordados por estes trabalhadores em suas narrativas e que precisam ser ainda descortinados.

Assim, pode-se afirmar que a melhoria de técnicas e estratégias de organização do trabalho e dos aspectos ergonômicos no setor de *telemarketing* pode favorecer a adoção de medidas de prevenção e controle neste ambiente, minimizando ou eliminando os riscos à saúde deste trabalhador.

Evidencia-se a necessidade urgente de mudanças na organização e condições de trabalho nos *call centres* e nos seus serviços médicos. Modificações na rede de assistência e nas práticas institucionais, particularmente nas práticas periciais do INSS e demais órgãos públicos são relevantes para um melhor suporte a estes operadores de *telemarketing*, portadores das LER.

A construção social de melhorias de condições de trabalho, melhor compreensão dos aspectos sociais das LER pelos próprios trabalhadores e a discriminação pelos colegas foram evidenciados como fatores agravantes e prejudiciais na evolução da doença. A compreensão por médicos, fisioterapeutas e demais profissionais de saúde sobre as LER, também é de extrema relevância nesta perspectiva sócio-cultural como forma de melhorar a relação médico-paciente ou profissional de saúde-paciente, evitando assim, a exclusão destes trabalhadores da convivência social.

REFERÊNCIAS

- ABRAMIDES, M.B.; CABRAL, M.S.R. Regime de acumulação flexível e saúde do Trabalhador. **São Paulo em perspectiva**, São Paulo, v 17, p. 03-10, 2003.
- ABT – Associação Brasileira de Telesserviços – *O que é telemarketing*. Disponível em <<http://www.abt.org.br>>. Acesso em: 12 de mar. 2007.
- ABT – Associação Brasileira de Telesserviços – **Página de abertura**. Disponível em <<http://www.abt.org.br>>. Acesso em: 30 de nov. 2008.
- ALVES, P.C. A experiência da enfermidade: considerações teóricas. **Cad. Saúde Pública**, 9 (3): 263-271, Rio de Janeiro, jul/set,1993.
- ALVES, P.C. A fenomenologia e as abordagens sistêmicas nos estudos sócio-antropológicos da doença: breve revisão crítica. **Cad. Saúde Pública**, 22 (8): 1547-1554. Rio de Janeiro, ago, 2006.
- ARGÔLO, M. A. T. **Gestão de pessoas numa central de atendimento telefônico**. Dissertação de Mestrado – Universidade Salvador – UNIFACS, Salvador, 2005.
- ASSUNÇÃO, A. A.; SOUZA, R. Telemática. **Cadernos de Saúde do Trabalhador**. São Paulo: INST-CUT, 2000.
- ASSUNÇÃO, A. A; ALMEIDA, IN. Doenças osteomusculares relacionadas com o trabalho: membro superior e pescoço. In: MENDES, R. **Patologia do Trabalho**. São Paulo: Atheneu, 2005; p. 1501-1539.
- AUGUSTO, V.G *et al*. Um olhar sobre as LER/DORT no contexto clínico do fisioterapeuta. **Rev Bras Fisioterapia**, 12 (1): 49-56. 2008
- AUSTRALIA. Worksafe Code Australia. **Code of Practice Occupational Safety and Health in Call Centres**. Australian Government Publishing Service. AUSTRALIA: Health and Safety Commission, 2005.
<http://www.docep.wa.gov.au/WorkSafe/PDF/Codes_of_Practice/Code_call_centre.pdf >. Acesso em 12/04/2007.
- BALDAN, C.; RODRIGUES, J. S.; NAKANO, K.; WALSH, I.A.P.; GIL COURY, H.J.C. Avaliação dos aspectos pessoais, ocupacionais e psicossociais, e sua relação no surgimento e/ou agravamento de lesões músculo-esqueléticas em um setor do trabalho. **Rev Fisioterapia em Movimento**, 14 (2): 37-42, 2001/2002.
- BARBOSA, M.S.A.: SANTOS, R. M. S. & TREZZA, M.C.S.F. A vida do trabalhador antes e após a Lesão por Esforço Repetitivo (LER) e Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho (DORT). **Rev Bras Enferm**, Brasília 60(5): 491-6, set-out, 2007.
- BARRETO, M. (2004) **Assédio moral**. (Palestra - transcrita). Disponível em <http://www.app.com.br/portalapp/saude.php?id1=2>. Acesso em 10 de agosto de 2008.

- BARRETO, M. (2004). *O que é assédio moral?* Disponível em: <http://www.assediomoral.org/site/assedio/amconceito.php>. Acesso em 12 de agosto de 2008.
- BARTHES, R. **Elementos de semiologia**. 10. Ed. São Paulo: Cultrix, 1997. 116p.
- BESWICK, J., GORE, J., & PALFERMAN, D. (2006). Bullying at work: A review of the literature. Health and Safety Laboratory. **Working Paper Series**, 6(4). www.hse.gov.uk/research/hsl_pdf/2006/hsl0630.pdf . Acesso em 12 de agosto de 2008.
- BRAGA, R. Infotaylorismo: o trabalho do teleoperador e a degradação da relação deserviço. **Revista de Economia Política de las Tecnologías de la Información y Comunicación**, VIII(1), www.eptic.br, 2006.
- BRASIL. Ministério da Previdência Social. DECRETO Nº 3.048, de 6 de maio de 1999. **Diário Oficial da União**, Brasília. Nº 86 DE 07/05/99 - Seção I, p. 50 a 108. Republicado em 12/05/99.
- BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. OS 606 de 05 de agosto de 1998: aprova norma técnica sobre Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho - DORT. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1998.
- BRASIL. Norma Regulamentadora n. 17 – Anexo II, de 30 de mar. De 2007. Dispõe sobre trabalho em atendimento/telemarketing. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 02 abr.. 2007. Disponível em: http://www.mte.gov.br/seg_sau/leg_normas_regulamentadoras>. Acesso em 02/04/2008
- BRASIL. Ministério da Saúde. Lesões por esforços repetitivos (LER)/Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort)/ Dor relacionada ao trabalho. **Protocolos de atenção integral à saúde do trabalhador de complexidade diferenciada**. Brasília: Fevereiro, 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. RESOLUÇÃO Nº. 196 de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Conselho Nacional de Saúde**, Brasília, 10 de out. de 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. (**Caderno de Atenção Básica**, 8).
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Código Brasileiro de Ocupações**, 2002. Disponível em: <http://www.mtecbo.gov.br>>. Acesso em: 12 nov. 2006.
- BRASIL. Ministério do Trabalho e Emprego. **Recomendação Técnica**. DSST Nº 01 de 23 de março de 2005. Dispõe sobre a segurança e saúde nas atividades de teleatendimento. Brasília, 23 de mar de 2005.
- BRASIL. Instrução Normativa INSS/DC Nº 98, de 05 de dezembro de 2003. DOU de 10/12/2003. Atualização clínica das lesões por esforços repetitivos (LER) distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort), 2003.
- BUDÓ, M.L.D. et al. A Cultura permeando os sentimentos e as reações frente à dor. **Rev Esc Enferm.**; 41(1):36-43, 2007.

CAMPOS, A. S. Violência e trabalho. In: MENDES, R. (Org.). **Patologia do trabalho**. Rio de Janeiro: Atheneu, 2003. p. 1641-1655.

CASSITTO, MG et al. (2004). Sensibilizando sobre el acoso psicológico en el trabajo. *Serie protección de la Salud de los Trabajadores*. No. 4. Organización Mundial de la Salud. Disponível em http://www.who.int/occupational_health/publications/en/pwh4sp.pdf. Acesso em 10 de agosto de 2008.

CONCEIÇÃO, P.S.A. Acidentes de trabalho na Bahia em 1999 e 2000. Uma avaliação das Comunicações de Acidente de Trabalho. In: Bahia, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância e proteção da saúde. **Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador na Bahia**: construindo a informação. Salvador: CESAT, 2003. Cadernos de Saúde do Trabalhador, 1, Bahia, p.17- 22, 2003.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo de psicopatologia do trabalho. 5ª ed. Ampliada. Sao Paulo: Cortez, Oboré, 1992.

DEL BONO, A.; BULLONI, M.N. Experiencias laborales juveniles: los agentes telefônicos de *call centres offshore* em Argentina. **Trabajo y Sociedad**, Santiago del Estero, Argentina, v IX, n 10, otoño, p. 1-21, 2008.

DI MARTINO, V, HOEL, H. & COOPER, CL. (2003). **Preventing violence and harassment in the workplace**. European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions. Disponível em: <http://www.eurofound.europa.eu/pubdocs/2002/109/en/1/ef02109en.pdf>. acesso em agosto de 2008.

CAYMMI, D. **Retirantes**. Composição: Jorge Amado e Dorival Caymmi. Álbum da Novela Escrava Isaura. Gilberto Braga. Ano 1976/1977.

FERNANDES, R.C.P. Distúrbios músculo-esqueléticos e trabalho industrial. Tese de doutorado apresentada ao Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia. Salvador, 2004.

FERREIRA JUNIOR, M.; SALDIVA, P.H.N. Computer-telephone interactive talks: predictors of musculoskeletal disorders according to work analysis and worker's perception. **Applied Ergonomics**. 33:147-153, 2002.

GERR, F. et al. A prospective study of computer users: study design and incidence of musculoskeletal symptoms and disorders. **Am J Ind Med**. v.41,n.4, p.221-235, 2004.

GEERTZ, C. Uma Descrição Densa: Por uma Teoria Interpretativa da Cultura. In: _____. **A Interpretação das Culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.

FERNANDES, R.C.P. Distúrbios músculo-esqueléticos e trabalho industrial. Tese de doutorado. ISC. UFBA.

GHISLENI, A.P.; MERLO, A.R.C. Trabalhador contemporâneo e patologias por hipersolicitação. **Psicologia: reflexão e crítica**.18 (2): 171-176, 2005.

GLINA, D. M. R.; ROCHA, L. E. Fatores de estresse no trabalho de operadores de centrais de atendimento telefônico de um banco em São Paulo. **Rev Brasileira de Medicina do Trabalho**, 1 (1): 34-42, 2003.

GOFFMAN, E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: LTC, p.12-50, 1988.

GUIMARÃES, L. A. M.; RIMOLI, A. O. “*Mobbing*” (assédio psicológico) no trabalho: uma síndrome psicossocial multidimensional. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 22, n. 2, p. 183-192, 2006.

HALES, T. et al. Musculoskeletal disorders among visual display terminal users in a telecommunications company. **Ergonomics**, 37: 1603-21, 1994.

HELMAN, C. G. Interações medico-paciente. In: **Cultura, saúde & doença**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 109 -145.

HELOANI, J.R. Assédio Moral: um ensaio sobre a expropriação da dignidade no trabalho. **RAE - Revista de Administração de Empresas [eletrônica]**. jan-jun; 3(1)., 2004.

KLEINMAN, A. Core clinical functions and explanatory models. In. **Patients and Healers in the Context of Culture**. Berkeley: University of California Press, 1980. p.71-118.

JACQUES, M. G. Doença dos nervos: uma expressão da relação entre saúde/doença mental In: JACQUES, M. G. & CODO, W. (Orgs.). **Saúde mental e trabalho: Leituras**. Petrópolis: Vozes, p.98-111, 2002.

JEVCHELOVITCH, S.; BAUER, M.W. Entrevista narrativa: In: BAUER, M.W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 4 ed. Petrópolis: Vozes, p.90-113, 2005.

KUORINKA, I., FORCIER, L. **Work-related musculoskeletal disorders (WMSDs): a reference book for prevention**. Great Britain: Taylor & Francis; 1995.

LAPLANTINE, F. **Antropologia da Doença**. São Paulo: Martins Fontes, 1991.

LIMA, M.A. G. Clínica da dor: sentidos e práticas no cotidiano dos espaços terapêuticos. Tese (Doutorado) Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2005. 185p.

MACIEL, R. H. *et al* (2007). Auto relato de situações constrangedoras no trabalho e assédio moral nos bancários: uma fotografia. **Psicologia & Sociedade**; 19 (2): 117-128, 2007.

MAGALHÃES, L.V. **A dor da gente**: representações sociais sobre as LER. Tese de Doutorado – Faculdades de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1998.

MELO, Z. **Estigma, espaço para a exclusão social**. Revista Symposium. Universidade Católica de Pernambuco. Ano 4. Número especial. Dezembro, 2000. p 18-22

MENDES, R. Conceito de patologia do trabalho. In:_____. Patologia do Trabalho. 2ª edição. Atualizada e ampliada. Volume 1. Cap. 2. p.48 -92, 2003.

MINAYO, M.C.S. Fase exploratória da pesquisa. In: **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1996. p.89-104. Cap. 2.

- MINAYO-GOMEZ, C. & THEDIM-COSTA, S.M.F. A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 13(Supl. 2):21-32, 1997.
- MINAYO-GOMEZ, C. & THEDIM-COSTA, S.M.F. Incorporação das ciências sociais na produção de conhecimentos sobre trabalho e saúde. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 8(1):125-136, 2003.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL – OPAS / OMS. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE DO BRASIL. **Protocolo de investigação, diagnóstico, tratamento e prevenção de LER/DORT**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.
- MIRANDA, F.A.N. & FUREGATO, A.R.F. Estigma e preconceito no cotidiano do enfermeiro psiquiátrico: a negação da sexualidade do doente mental. **Rev Enfermagem, UERJ**, Rio de Janeiro, 14 (4):558-65, out/dez., 2006.
- MOREIRA, V & GUEDES, D. Largada pelo marido! O estigma vivido por mulheres em Tinguá-CE. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v.12, n.1, p.71-79, jan./abr, 2007.
- MUROFUSE, N.T.; MARZIALE, M.H.P. Mudanças no trabalho e na vida de bancários portadores de lesões por esforços repetitivos. **Rev Latino-am Enfermagem**, 9 (4): 19-25, julho, 2001.
- NEVES, R. F. **Significados e (re) significados**: o itinerário terapêutico dos trabalhadores com LER/Dort. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.
- NOGUEIRA, C. M. **O Trabalho Duplicado**: a divisão sexual no trabalho e na reprodução – um estudo das trabalhadoras do *telemarketing*. São Paulo: Expressão Popular, 2006, 240p.
- NORMAN, K. *et al.* Working conditions and health among female and male employees at a call center in Sweden. **American Journal of Industrial Medicine**. 46: 55-62, 2004.
- OLIVEIRA JUNIOR, M. *et al.* **Brazilian Call Center Industry report: the global Call Center Industry Project**. São Paulo: Associação Brasileira de Telesserviços – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo. 2005. 52 p.
- OLIVEIRA, J. T. LER – Lesão por esforço repetitivo: um conceito falho e prejudicial. **Arq Neuropsiquiatria**. 57 (1):126-131, 1999.
- OLIVEIRA, L.C.C. **Doença invisível, medicina ambígua**: a configuração clínica da LER/DORT. Tese de Doutorado – Faculdades de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2006.
- OLIVEIRA, R. P. & NUNES, M.O. Violência Relacionada ao Trabalho: **uma proposta conceitual**. **Saúde Soc.** São Paulo, v.17, n.4, p.22-34, 2008.
- OLIVEIRA, S. S. S. **Um olhar sobre a saúde a partir da dimensão gestonária do trabalho**: contradições e ambigüidades no *telemarketing*. Tese de Doutorado – Escola Nacional de Saúde Publica/Fundação Oswaldo Cruz Ensp/Fiocruz. Rio de Janeiro, 2007.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde - CIF. Classificação Detalhada com definições. 2003.

ORGANIZACION INTERNACIONAL DEL TRABAJO. (1998). Cuando el trabajo resulta peligroso. **Trabajo, Revista de la OIT**, 26. <http://www.ilo.org/public/spanish/bureau/inf/magazine/26/violence.htm> . Acesso em agosto de 2008.

PACHECO, V. G. **Gênero, saúde e trabalho**: fatores que interagem no desenvolvimento de LER em trabalhadores telefônicos. Dissertação de Mestrado. Mestrado em Psicologia. Universidade Federal de Minas Gerais. Belo Horizonte, 2002.

PENA, P.G. L.; REIS, E.J.F.B.; FREITAS, M.C.S.F; CARDIM, A. Novas tecnologias de organização e controle do trabalho no setor de *telemarketing* e impactos na saúde. **Projeto de pesquisa aprovado pelo Edital Universal do CNPq**. 2006. No Prelo. 48 p.

PEZÉ, MARIE-GRENIER. **Forclusão do feminino na organização do trabalho**: um assédio de gênero. Revista Produção, v. 14, n. 3, p. 006-013, Set./Dez., 2004.

PÔRTO, A. **Representações sociais da tuberculose**: estigma e preconceito. Rev. Saúde Pública, 41(Supl. 2): 43-49, 2007.

RAMAZZINI, Bernardino. **As doenças dos trabalhadores**. Trad. Raimundo Estrêla. São Paulo, FUNDACENTRO, 1988, 180p.

RIBEIRO, H. P. Lesões por Esforços Repetitivos (LER): uma doença emblemática. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 13 (Supl. 2): 85-93, 1997.

ROCHA, L.E. *et al.* Fatores de risco para sintomas osteomusculares entre operadores de uma central de atendimento telefônico de um banco localizado em São Paulo. **Boletim da Saúde**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, jan./jun., 2006.

ROMERO-SALAZAR, A. *et al.* The Stigma in the Social Representation of Leprosy. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, 11(4) 535-542, Oct./Dec.,1995.

ROSENFELD. C. L. Paradoxos do capitalismo e trabalho em *call centers*: Brasil, Portugal e Cabo Verde. **CADERNO CRH**, Salvador, v. 20, n. 51, p. 447-462, Set./Dez., 2007.

SALIN, D. Workplace bullying among business professionals: Prevalence, gender differences and the role of organizational politics. **Pistes**, 7(3). 2005. Disponível em: <http://www.pistes.uqam.ca/v7n3/articles/v7n3a2en.htm>. Acesso em agosto de 2008.

SANTOS, S. B. F.; BARRETO, S. M. Atividade ocupacional e prevalência de dor osteomuscular em cirurgiões-dentistas de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil: contribuição ao debate sobre os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho. **Cad Saúde Pública**, 17 (1): 181-193, 2001.

SANTOS, V. C. As múltiplas tarefas e atividades interferentes em centrais de atendimento telefônico. **Rev Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, 109 (29): 21-29, 2004.

SCHRIBER, L. *et al.* Violência vivida: a dor que não tem nome. **Interface – Comunic, Saúde, Educ**, vol. N.10, p.41-54, fev., 2003.

SILVA, A. M. da. **A regulamentação das condições de trabalho no setor de teleatendimento no Brasil: necessidades e desafios.** Dissertação (Mestrado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2004.

SILVA, L. L.; COELHO, E.B.S & CAPONI, S.N.C. Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v.11, n.21, p.93-103, jan/abr., 2007.

SINDIQUIM – Sindicato da Indústria da Química de São Paulo e Região (2003). Assédio Moral: violência psicológica que põe em risco sua vida. (cartilha). Coleção **Saúde do Trabalhador**, São Paulo.

SOBOLL, L.A. Assédio Moral no Brasil: questões conceituais. I Simpósio Brasileiro De Saúde do Trabalhador. **Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – ABRASCO**, 2007.

SONTAG, S. **AIDS e suas metáforas.** Companhia das letras. 1988

SONTAG, S. **A doença como metáfora.** Ed. Graal, 2002.

SOUZA, N.S.S. & ESTRELA, T. Evolução da morbidade e do perfil dos trabalhadores atendidos em um centro de referência de saúde do trabalhador no estado da Bahia no período de 1991 a 2000. In: Bahia, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância e proteção da saúde. Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador na Bahia: construindo a informação. Salvador: CESAT, 2003. **Cadernos de Saúde do Trabalhador**, 1, Bahia, 2003. p. 23-31.

SOUZA, N.S.S. Avaliação de agravos /suspeitas relacionadas ao trabalho notificados através do sistema de informação de agravos de notificação – SINAN, no estado da Bahia, ano de 2002. In: Bahia, Secretaria de Saúde do Estado da Bahia. Superintendência de Vigilância e proteção da saúde. Centro de Estudos da Saúde do Trabalhador na Bahia: construindo a informação. Salvador: CESAT, 2003. **Cadernos de Saúde do Trabalhador**, 1, Bahia, p. 13-16, 2003.

TEIXEIRA, M. J.; FIGUEIRÓ, J. A. B. **Dor – Epidemiologia, fisiopatologia, avaliação, síndromes dolorosas e tratamento.** São Paulo: Grupo Editorial Moreira Jr., 2001.

THIRIÓN, J. M. Los Call Centers y Los Nuevos Trabajos del Siglo XXI. **Confines**, Nuevo León, v 03, n 05, p. 49-57, 2007.

TOOMINGAS, A. *et al.* **Working conditions and employee health at call centers in Sweden.** Stockholm: National Institute for Working Life, 2002.

TURATO, E.R. Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. **Rev Saúde Pública**, 39 (3): 507-514, 2005.

VAZQUEZ, P. S. Análise da experiência de violência moral no trabalho sofrida pelo Sr. Oscar Cezar Ferreira Magalhães na Petrobrás. **Relatório** solicitado pela AEPETRO em ofício 0006/2008, de 02/06/2008.

VENCO, S. Centrais de Atendimento: a fábrica do século XIX nos serviços do século XXI. **Rev. Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v 31, n 114, p. 7-18, 2006.

VERTHEIN, M. & MINAYO-GOMEZ, C. O território da doença relacionada ao trabalho: o corpo e a medicina nas LER. **PHYSIS, Rev. de Saúde Coletiva**, V. 10, n. 2, p.101-127, 2000.

VILELA, L.V.O.; ASSUNÇÃO, A. A. Os mecanismos de controle da atividade no setor de teleatendimento e as queixas de cansaço e esgotamento dos trabalhadores. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, 20 (4):1069-1078, jul-ago., 2004.

WALSH, I. A. P. *et al.* Capacidade para o trabalho em indivíduos com lesões músculo-esqueléticas crônicas. **Rev. Saúde Pública**, 38 (2): 149-56, 2004.

XAVIER, A. C. H. et al. Assédio moral no trabalho no setor saúde no Rio de Janeiro: algumas características. **Rev. Bras. Saúde Ocupacional**, São Paulo, 33 (117): 15-22, 2008.

ANEXOS

ANEXO I - ROTEIRO DE ENTREVISTA

Parte I - Identificação do informante-chave

Nome: _____

End.: _____ Tel. contato: _____

Idade: _____ Data de nasc.: ____ / ____ / ____ Sexo: ()Fem. ()Masc.

Escolaridade: _____ Estado civil: _____ Nº filhos: _____

Com quem mora: _____

Profissão / ocupação principal: _____ Tempo na ocupação: _____

Profissão/ocupação secundária: _____ Tempo na ocupação: _____

Possuiu ocupação anterior? _____ Qual? _____ Tempo na ocupação: _____

Há quanto tempo foi diagnosticada a LER/DORT? _____

Comprovação da situação trabalhista: _____

Qual turno de trabalho? () noturno () diurno

Qual o tempo de deslocamento da sua residência para o trabalho? R_____ T.; T_____ R.

Parte II

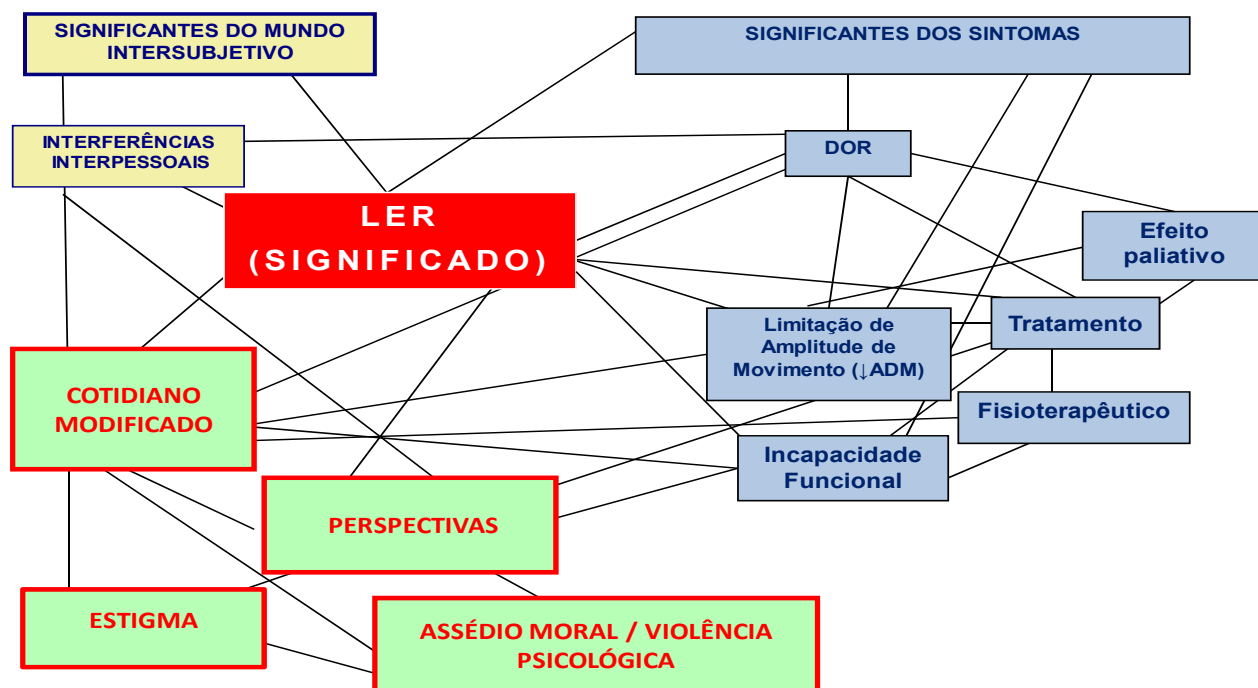
1. Como funciona sua rotina no *Call Center*? Fale sobre suas atribuições no trabalho.
2. Como começou a perceber os sinais e/ou sintomas da LER/DORT?
3. Como você explica o aparecimento desta doença?
4. O que você entende por ser portador de LER/DORT?
5. O que mudou na sua vida com o diagnóstico definitivo desta doença?
6. Fale sobre as repercussões das LER/DORT na sua vida?
7. Como você percebe a experiência dos operadores de *telemarketing* trabalhando com sintomas, principalmente a dor e como eles utilizam estratégias de defesa?
8. Houve modificações na dinâmica do seu trabalho? Explique como estas ocorreram.

9. Caso tenha necessitado de afastamento do trabalho em decorrência da doença, como ficou sua relação com a empresa?
10. Após o diagnóstico desta doença, houve mudanças em sua relação com os colegas de trabalho e com a empresa, familiares, parentes, amigos ou vizinhos? Comente sobre estas mudanças.
11. A LER/DORT trouxe alguma dificuldade na realização das suas atividades da vida diária (higiene pessoal, lazer, afazeres domésticos, cuidado com os filhos, etc.)? Fale como isto interfere na sua vida.
12. Como imagina sua vida após este diagnóstico (qual sua perspectiva de vida?)
13. Qual a sua religião? É praticante? Como você acha que a sua religião te ajuda a melhorar o seu problema?
14. O que você faz nos feriados e fins de semana? O que você mais gosta de fazer nos horários vagos? Relate como esta prática ajuda em seu problema de saúde.
15. Você acha que o seu problema interfere nas suas atividades de lazer? Se interfere, como? O que gostaria de fazer e não pode mais por causa do seu problema? Fale sobre isto.
16. Você faz algum outro tratamento que não médico para o seu problema? Qual? Como é realizado este tratamento? Como ele te ajuda?

ANEXO II – DIAGRAMA ANALÍTICO



ANEXO III – TEIA DE SIGNIFICADOS



ANEXO IV – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Termo de Consentimento da Pesquisa “Significados das LER em operadores de telemarketing – um estudo em trabalhadores atendidos em um ambulatório especializado em doenças do trabalho de Salvador-BA”.

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

Nome do informante:
RG.: Sexo: () Masc. () Fem. Data nascimento:/...../.....
Endereço: Nº:..... Complem.:.....
Bairro:..... Cidade:..... Estado:.....
CEP: Tel.: DDD() Cel.: ()

II – DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. Título da pesquisa: **Significados das LER em operadores de telemarketing – um estudo em trabalhadores atendidos em um ambulatório especializado em doenças do trabalho de Salvador-BA.**
2. Pesquisador: **ADRYANNA CARDIM DE ALMEIDA**
3. Orientador: **Prof. Dr. PAULO GILVANE LOPES PENA**
4. Co-orientadora: **Profª Drª MARIA DO CARMO SOARES DE FREITAS**
5. Instituição Responsável: **Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da Bahia - UFBA**
6. Duração da pesquisa: **um ano.**

TELEFONE E ENDEREÇO ELETRÔNICO DO RESPONSÁVEL PELA PESQUISA

Contato Telefônico: (71) 3240-0850 / (71) 9983-8989

Endereço eletrônico: adryanna@terra.com.br

III – EXPLICAÇÕES DO PESQUISADOR AO SUJEITO DA PESQUISA SOBRE O ESTUDO

1. O presente estudo visa compreender os sentidos das LER atribuídos pelos Operadores de *Telemarketing* atendidos em um ambulatório especializado em doenças do trabalho na Cidade de Salvador-BA; descrever as percepções da doença a partir da análise das narrativas dos trabalhadores, operadores de *telemarketing*, sobre as LER; descrever as condições de vida e trabalho relacionados às LER em operadores de *telemarketing*; conhecer os sentidos das relações trabalho e saúde para os operadores de telemarketing as implicações nas suas atividades do dia-a-dia.
2. Você contará a história desde o período da sua admissão na empresa até o momento atual. Esta história será gravada e posteriormente transcrita, conservando na íntegra sua fala. O tempo de entrevista será o período necessário para esgotarmos a sua história e poderá ser desmembrado em vários momentos conforme sua disponibilidade.

3. Importante ressaltar que esta pesquisa não tem vínculo com nenhuma de empresa ou instância de tratamento físico que possa colocá-lo em risco pelo que vai revelar.
4. Pretendemos obter com este estudo as seguintes vantagens: elaboração de manuais, cartilhas educativas e publicações científicas para o conhecimento sobre as condições de trabalho e risco para a saúde dos operadores de telemarketing, bem como um maior conhecimento do processo de adoecer dos operadores de *telemarketing* com LER.

IV – GARANTIAS FORNECIDAS PELO PESQUISADOR AO SUJEITO DA PESQUISA

1. Aos trabalhadores que aceitarem participar da pesquisa, informamos que sua participação é voluntária e a recusa não acarretará em nenhum prejuízo ou constrangimento junto aos pesquisadores ou serviços prestados por este departamento de saúde especializado em doenças do trabalho.
2. Será garantido o acesso, a qualquer momento, às informações sobre procedimentos, riscos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para esclarecer eventuais dúvidas.
3. Os responsáveis garantem o sigilo absoluto nas informações a serem levantadas e em nenhum momento serão identificadas as pessoas entrevistadas nos relatórios e em possíveis artigos científicos.

V – OBSERVAÇÕES COMPLEMENTARES

Em caso de problemas, o Sr (a) deverá se comunicar com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Maternidade Climério de Oliveira (MCO) da Universidade Federal da Bahia, situada à Rua do Limoeiro, nº 137, Salvador-BA.

VI – CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar da presente pesquisa, **“*Significados das LER em operadores de telemarketing – um estudo em trabalhadores atendidos em um ambulatório especializado em doenças do trabalho de Salvador-BA.*”**

Salvador, de de 200 ____.

Assinatura do sujeito da pesquisa
(nome legível)

Assinatura do pesquisador
(nome legível)