

# **CASOS DE AFASTAMENTO POR LER/DORT E RETORNO AO TRABALHO BANCÁRIO: UMA ANÁLISE PSICODINÂMICA**

**LEONARDO MONTEIRO DE CASTRO-SILVA**

**Orientadora: Prof. Dra. Ana Magnólia Mendes**

BRASÍLIA  
2006



LEONARDO MONTEIRO DE CASTRO-SILVA

CASOS DE AFASTAMENTO POR LER/DORT E RETORNO  
AO TRABALHO BANCÁRIO:  
UMA ANÁLISE PSICODINÂMICA

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof. Dra. Ana Magnólia Mendes

BRASÍLIA  
2006

## **TERMO DE APROVAÇÃO**

LEONARDO MONTEIRO DE CASTRO-SILVA

### **CASOS DE AFASTAMENTO POR LER/DORT E RETORNO AO TRABALHO BANCÁRIO: UMA ANÁLISE PSICODINÂMICA**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre no Curso de Pós-graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, pela seguinte banca examinadora:

Orientadora: Prof. Dra. Ana Magnólia Mendes  
Presidente da Banca  
Instituto de Psicologia – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Josep Maria Blanch Ribas  
Membro da Banca  
Universidade Autônoma de Barcelona

Prof. Dr. Marcus Vinicius Soares Siqueira  
Membro da Banca  
Instituto de Administração – Universidade de Brasília

Prof. Dr. Mário César Ferreira  
Suplente  
Instituto de Psicologia – Universidade de Brasília

Brasília, 08 de agosto de 2006

*Dedico este trabalho aos meus pais, à minha  
irmã e ao meu amorzinho.*

*Assis, Beth, Bella e Dani, amo vocês!*

## AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas contribuíram para que esse investimento fosse bem sucedido e a elas gostaria de registrar meus agradecimentos:

Aos bancários entrevistados, que aceitaram o convite para participar da pesquisa e compartilharam suas experiências comigo. Desejo a vocês muita saúde, sucesso, paz e felicidade em suas vidas!

À professora Ana Magnólia, que me acolheu pela segunda vez, confiou em minha capacidade e caminhou lado-a-lado comigo neste desafio. Obrigado por me receber naquele momento tão incerto de minha vida e orientá-la para um novo rumo!

Aos membros da banca examinadora, professores doutores Josep Blanch, Marcus Vinicius e Mário César, por contribuírem para o enriquecimento deste trabalho.

Ao Newton Machado, o grande *Newtinho*, que acreditou em minhas promessas desesperadas e me aceitou em sua equipe de trabalho. Este mestrado é fruto da confiança em mim depositada e de seu estímulo ao desenvolvimento pessoal. Obrigado por compartilhar comigo sua grandeza de espírito e genialidade!

Ao Dr. Nilton Pinto, pela autorização e colaboração na seleção dos participantes. Trabalhamos juntos durante todo este percurso. Aprendi muito com você em calorosas discussões.

Aos amigos da Dires – Alessandra, Ângela, Cláudia, Elísio, Herculano, Luciane, Marcelo, Milton, Mirian, Nena, Othon, Ramon, Rosângela, Rose, Serginho, Toni, Valcilon e Wladimir. Tenho certeza que esse projeto não seria possível sem o carinho, a alegria, a compreensão e a cooperação de vocês.

Aos companheiros da infundável pesquisa, Cleide e João; aos integrantes do Grupo de Pesquisa em Saúde e Trabalho e aos alunos da disciplina Técnicas de Entrevista. Sofremos e sorrimos juntos nesta caminhada, mas formamos nosso coletivo de trabalho.

À Isabel e à Tatiana, pelo trabalho de análises de conteúdo.

Ao meu primo, Rodrigo, pela transcrição das entrevistas e colaboração em todas as etapas deste trabalho. Você é um cara iluminado!

Aos “muleques”, Mendeli – que traduziu o resumo –, Nico e Zé, irmãos de convivência e de religião: – *Que o Sushi esteja sempre conosco!*

Aos meus avôs e avós, tios e tias, primos e primas, amigos e amigas, por compreenderem minhas ausências. Vamos curtir tudo o que deixei passar nesse tempo!

À minha irmã e ao meu cunhado. Que bom tê-los como guias e poder seguir os seus passos. Espelho-me em suas ações!

À Dani, minha lindona, que está sempre ao meu lado, apoiando-me e amando-me! Minha companheira para a vida inteira!

Ao meu pai e à minha mãe. Tudo o que sou, tudo o que faço, é reflexo do brilho de vocês!

**Obrigado!**

*Descobrimos o que é felicidade – dizem os últimos homens (...). Trabalha-se ainda porque o trabalho é uma distração; mas faz-se de modo que a distração não debilite (...). Não falta um pouco de prazer para o dia e um pouco de prazer para a noite; mas respeita-se a saúde.*

*Friedrich Nietzsche*

## SUMÁRIO

Lista de figuras, gráficos e tabelas.....	vii
Lista de abreviaturas e lista de siglas.....	viii
Resumo.....	ix
Abstract.....	x
Introdução.....	1
1. Processo de adoecimento por Dort.....	5
1.1 Impactos da reestruturação técnico-organizacional.....	5
1.2 Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho.....	8
1.3 Acidente de trabalho.....	12
2. Psicodinâmica do trabalho.....	14
2.1 Conceito de trabalho.....	16
2.2 Organização do trabalho.....	17
2.3 Prazer-sofrimento no trabalho.....	18
2.3.1 As estratégias defensivas.....	21
2.3.2 As estratégias de mobilização subjetiva.....	23
2.4 Psicodinâmica e trabalho bancário no Brasil.....	24
3. Objeto de investigação.....	29
4. Método.....	34
4.1 Caracterização da instituição pesquisada.....	34
4.2 Participantes.....	34
4.3 Instrumentos.....	42
4.3.1 Roteiro de entrevista.....	42
4.4 Procedimentos.....	42
4.5 Análise de dados.....	43
5. Resultados.....	44
5.1 Síntese dos casos.....	44
5.2 Categorias-síntese das entrevistas.....	52
6. Discussão.....	77
6.1 Como se caracteriza o processo de adoecimento por Dort?.....	77
6.2 Como se caracteriza a organização do trabalho antes e depois do adoecimento?.....	79
6.3 Qual a dinâmica que envolve a mediação do sofrimento e do prazer, antes, durante e depois do adoecimento.....	81
6.4 Qual a dinâmica que envolve a relação trabalho e adoecimento por Dort em bancários que retornaram de licença-saúde por acidente de trabalho.....	84
7. Conclusão.....	90
7.1 Contribuições e limitações.....	92
7.2 Recomendações.....	93
Referências.....	95



## LISTA DE FIGURAS, GRÁFICOS E TABELAS

Figura 1. Esquema do objeto de investigação .....	33
Gráfico 1. Ciclo Psicodinâmico do Processo de Adoecimento por Dort .....	87
Tabela 1. Perfil demográfico dos entrevistados. ....	41
Tabela 2. Quadro-resumo da dinâmica que envolve a relação trabalho e adoecimento por Dort.....	84

## LISTA DE ABREVIATURAS E LISTA DE SIGLAS

Bacen.....	Banco Central do Brasil
CAT.....	Comunicação de Acidente de Trabalho
CID-10	Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde – Décima Revisão
Dataprev .....	Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social
DF .....	Distrito Federal
Dort .....	Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho
INSS .....	Instituto Nacional do Seguro Social
LER .....	Lesões por esforços repetitivos
máx. ....	Máximo
mín. ....	Mínimo
MPS .....	Ministério da Previdência Social
PCMSO .....	Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional
QS.....	Quadro suplementar
RPG .....	Reeducação Postural Global
SIC.....	Sistema de informação corporativo
URRP.....	Unidade de Referência de Reabilitação Profissional

## RESUMO

### Casos de afastamento por LER/Dort e retorno ao trabalho bancário: uma análise psicodinâmica

#### Dissertação de Mestrado

Leonardo Monteiro de Castro-Silva  
Ana Magnólia Mendes (orientadora)

Este estudo analisa a psicodinâmica do trabalho bancário após afastamento por Lesões por Esforços Repetitivos (LER) / Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (Dort). Apesar da grande quantidade de investigações sobre esse conjunto de sintomas, verifica-se a necessidade de aprofundamento quanto ao processo de retorno ao trabalho. A evolução das LER/Dort é marcada pelo sofrimento e, associada às seqüelas e incapacidades físicas decorrentes do adoecimento, propicia o surgimento de sintomas depressivos. A hipótese deste estudo, contudo, é de que, no processo investigado, estão presentes estratégias defensivas e mobilizações que mantêm os trabalhadores em suas atividades, confiantes em uma recuperação que lhes possibilite ascensão profissional, reconhecimento e prazer no trabalho. Para alcançar o objetivo proposto, cinco entrevistas semi-estruturadas e individuais foram realizadas entre junho e agosto de 2005 com bancários de uma instituição financeira pública lotados em unidades do DF, obedecendo as seguintes condições: adoecimento por LER/Dort entre janeiro a maio de 2005, classificado como acidente de trabalho, e retorno às atividades laborais à época da coleta de dados. As entrevistas foram transcritas e categorizadas, utilizando-se a técnica de análise de conteúdo. Três categorias sintetizaram os resultados obtidos: organização do trabalho antes e após o afastamento; processo de adoecimento por LER/Dort; percepção e sentimentos relacionados à doença. A compreensão do processo de adoecimento e retorno ao trabalho evidenciou o ciclo psicodinâmico das LER/Dort. Os funcionários têm sua integridade física fragilizada após o adoecimento, mas mantêm expectativas de reconhecimento. Continuam sentindo dores, mas retornam às atividades para evitar represálias e perdas salariais. A organização do trabalho é um obstáculo à recuperação da saúde, apesar da solidariedade dos colegas e da gerência. Os resultados confirmam a hipótese do estudo e destacam a luta dos entrevistados para superar as exigências e as pressões no ambiente de trabalho. Sugere-se a implementação de programa corporativo de reabilitação que estabeleça um fluxo de acompanhamento e ações de recuperação da saúde de funcionários afastados por LER/Dort.

Palavras-chave: Psicodinâmica do trabalho; Dort; trabalho bancário.

## ABSTRACT

### Cases of sickness leave due to WMSDs and return to banking work: a psychodynamics analysis

#### Master's Degree Thesis

Leonardo Monteiro de Castro-Silva  
Ana Magnólia Mendes (advisor)

This study analyzes the banking work psychodynamics after work-related musculoskeletal disorders (WMSDs) sick leave. Despite the existence of a great amount of inquiries on this group of painful disorders, a broader study of the return process of sick leave workers is still needed. The evolution of the WMSDs is marked by suffering during work and, associated to the resulting physical disabilities and other aftereffects of the sickness, is a cause of the development of depressive symptoms. This study's hypothesis, however, is that in return to work situations there are defensive strategies and mobilization that maintain the workers in their activities, keeping them confident of their recovery process, which will allow professional ascension, recognition and pleasure in work. To achieve the proposed objective, five semi-structured and individual interviews have been carried through between June and August 2005 with banking workers of a public financial company lotted in units in the DF, obeying the following conditions: sickness by WMSDs between January and May 2005, classified as an accident at work, and return to the labor activities at the time of data collection. The interviews were transcribed and categorized using the content analysis technique. The results were synthesized in three categories: organization of work before and after leave; process of sickness by WMSDs; perception and feelings related to the illness. The understanding of the sickness process evidenced the psychodynamics cycle of WMSDs. Workers have their physical integrity fragilized after suffering from WMSDs, but still expect professional recognition. They continue feeling pain, but return to work to prevent retaliation and wage losses. The organization of work is an obstacle to the health recovery, instead solidarity of colleagues and managers. The results confirm the hypothesis of the study and call attention to the participants effort to surmount the requisites and pressures in the workplace and to obtain the due recognition. It suggests the implementation of a corporative rehabilitation program that will establish action and support criteria for the total health recovery of employees on leave by WMSDs.

Keywords: Work psychodynamic; WMSDs; banking work.

## INTRODUÇÃO

Queira ou não queira, o Banco não trabalha sem essa pressão né? O Banco em todo o lugar trabalha sob pressão. Não existe mais Banco sem computador, então vai mudar de área, vai mudar de setor, vai para onde? Vai ter computador, vai ter pressão igual (Entrevistado 3).

O trabalho nunca foi tão central para o processo de realização de valor, e os trabalhadores nunca foram tão vulneráveis às organizações (Blanch Ribas, 2003; Castells, 2005). Como uma atividade econômica, uma prática social, um produto cultural, uma experiência psicológica, um meio para a construção de um tipo especial de relações sociais – as relações de trabalho –, o trabalho reflete aspectos do desenvolvimento socioeconômico e do sentido e valor sociocultural dessa experiência (Blanch Ribas, 2003).

A revolução tecnológica e as novas formas organizacionais redefiniram as relações entre capital e trabalho. O processo de globalização retirou do Estado a influência sobre os direitos econômicos, limitou os direitos políticos por ele oferecidos, ao pensamento hegemônico do livre mercado neoliberal e substituiu os direitos sociais pelo “dever individual do cuidado consigo mesmo e de garantir a si mesmo vantagem sobre os demais” (Bauman, 2005, p. 35).

A individualização do trabalho e o aumento das exigências aos trabalhadores – atenção, destreza, rapidez de execução e de adaptação e autocontrole emocional – é consequência da reestruturação produtiva (Sennett, 1999). As novas tecnologias da informação permitem a descentralização das tarefas e sua coordenação em rede de comunicação em tempo real. Os padrões flexíveis de trabalho modificaram elementos como a jornada de trabalho, estabilidade no emprego, localização e contrato de trabalho. O trabalho passou a ser regido por tarefas. “As identidades ganharam livre curso, e agora cabe a cada indivíduo, homem ou mulher, capturá-las em pleno vôo, usando os seus

próprios recursos e ferramentas” (Bauman, 2005, p. 35). A natureza do trabalho, o perfil dos trabalhadores e os determinantes de saúde-doença modificaram-se.

O aumento de flexibilidade e adaptabilidade, o aumento da produtividade e lucratividade, as perdas de proteção institucional e submissão à dinâmica do mercado de trabalho, a obsessão pela eficácia, pelo desempenho, pela produtividade, pelo rendimento em curto prazo, característicos dessa nova ordem social, têm repercussões na saúde e no caráter dos trabalhadores (Dejours, 1987; Sennett, 1999; Antunes, 2005; Castells, 2005).

Nesse contexto, as organizações se estabelecem como um lugar propício ao sofrimento, à violência física e psicológica, ao tédio e ao desespero. A complexidade dos problemas nos remete ao trabalho como categoria central de estudo e aos indivíduos nele inseridos (Dejours, 1987; Chanlat, 1993; Sennett, 1999; Ferreira e Mendes, 2003; Blanch Ribas, 2003).

A organização do trabalho, constituída pela divisão das tarefas e pela divisão dos homens, tem papel fundamental nos riscos ao equilíbrio psíquico e na saúde mental dos trabalhadores (Dejours, Dessors e Desrioux, 1993). Essa interface tem especial importância no estudo das LER/Dort, distúrbios relacionados ao trabalho por definição e de origem multifatorial.

Marcado pela dor, o adoecimento por LER/Dort resulta em restrições físicas e sociais, podendo gerar incapacidades e transtornos mentais, especialmente em estágios mais avançados. Essa característica do processo patológico estimula investigações com trabalhadores acometidos por esse conjunto de doenças (Lima, 1998; Ribeiro, 1999; Sato, 2001; Pinheiro, Tróccoli e Paz, 2002; Martins, 2002; Rocha, 2003).

Contudo, são muitos os casos de trabalhadores que retornam às atividades laborais, ainda não totalmente recuperados do adoecimento e que lutam para manter a produtividade deles esperada. Os motivos para que isso aconteça normalmente estão

ligados à instabilidade empregatícia ou mesmo à política do INSS que, a partir de 2005 e regulamentado em 2006, adotou o sistema de alta programada (Brasil, 2006).

A maioria dos estudos sobre LER/Dort focaliza as percepções que os trabalhadores têm da organização do trabalho após o adoecimento, durante o período de licença e afastamento das atividades laborais. Costumam descrever um momento delicado em que as estratégias de defesa encontram-se suprimidas pelo sintoma ou doença (Lima, 1998; Ribeiro, 1999; Sato, 2001; Pinheiro, Tróccoli e Paz, 2002; Martins, 2002; Rocha, 2003).

Este estudo analisa a situação de retorno ao trabalho de bancários, após afastamento por LER/Dort. As conseqüências devastadoras desse fenômeno no equilíbrio emocional dos trabalhadores têm sido investigadas em profundidade. Sabe-se que as LER/Dort estão associadas à depressão e à exclusão, devido às seqüelas e incapacidade física delas resultantes. Contudo, a hipótese desta investigação é de que a condição de trabalhadores que retornaram às atividades laborais após afastamento por LER/Dort tem um caráter intermediário no processo patológico. Entende-se que o sofrimento é vivenciado e mediado pelo uso de estratégias defensivas individuais, que atuam para manter a condição de trabalho como estruturante da identidade desses trabalhadores.

Portanto, o objetivo geral desta dissertação é compreender a dinâmica envolvida no processo de retorno ao trabalho ao focalizar as vivências dos trabalhadores imersos novamente em suas atribuições laborais após o adoecimento por LER/Dort, sob o referencial da psicodinâmica do trabalho. Para alcançar os objetivos propostos, sete capítulos foram organizados da seguinte forma:

O primeiro apresenta conceitos e informações sobre os distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho que são abordados neste trabalho como Dort. A sigla refere-se a termo plural e será utilizada desta forma ao longo do texto, como uma maneira de manter a uniformidade de sua apresentação.

O segundo capítulo apresenta a revisão da abordagem teórica adotada neste estudo: a psicodinâmica do trabalho. Nele, são explicitados os conceitos de trabalho, organização do trabalho, prazer-sofrimento no trabalho, estratégias de mediação do sofrimento, estratégias de mobilização e uma breve apresentação de estudos nacionais realizados com bancários sob este mesmo referencial.

O terceiro capítulo apresenta o objeto de investigação que sintetiza a estrutura lógica adotada para o entendimento do trabalhador bancário inserido no processo de adoecimento e retorno ao trabalho. A partir dessa estrutura, define-se o método que será apresentado no quarto capítulo.

O quinto capítulo apresenta os resultados das análises de conteúdo das entrevistas individuais, subdivididos em duas partes. A primeira agrupa a síntese dos cinco casos investigados e ajuda a contextualizar o histórico profissional, a realidade de trabalho, o processo de adoecimento e os sentimentos e percepções de cada entrevistado. A segunda parte é formada pelas categorias-síntese das cinco entrevistas. Essa forma de apresentação das análises de conteúdo foi julgada mais pertinente, tendo em vista a heterogeneidade da amostra obtida no levantamento inicial.

O sexto capítulo contempla a discussão dos resultados, com base na produção científica sobre o assunto, na hipótese e nas perguntas de pesquisa.

Finalmente, o sétimo capítulo apresenta as conclusões finais deste estudo, sintetizando suas contribuições para o tema investigado.



## 1. PROCESSO DE ADOECIMENTO POR DORT

É aquela dorzinha desgraçada que não pára. (...) Ela incomoda o tempo todo, a partir do momento que tu senta ali e que já vai fazer, ela começa a fisgar. Só que é aquela fisgadinha que parece que não vai incomodar, entendeu? Só que ela vai aumentando (Entrevistado 1).

### 1.1 IMPACTOS DA REESTRUTURAÇÃO TÉCNICO-ORGANIZACIONAL

No início dos anos 70, o capitalismo enfrentava uma crise estrutural. Para superá-la, as organizações lançaram mão de diversos recursos e transformaram o processo produtivo com a adoção de novas formas de gestão organizacional. A reestruturação do padrão produtivo taylorista-fordista – caracterizado pela produção em massa, homogeneização, verticalidade, divisão do trabalho fragmentada – para um padrão de produção flexível provocou mudanças radicais no trabalho e no perfil dos trabalhadores. Associado aos avanços tecnológicos, ao processo de globalização, à tecnologia da computação, às tecnologias de rede, à Internet e à incorporação maciça das mulheres no mercado de trabalho, o neoliberalismo promoveu a precarização das relações entre empregador e empregados e o surgimento de novas formas flexíveis de produção (Antunes, 2005).

O regime de acumulação flexível, marcado pelo confronto direto com a rigidez do fordismo, caracteriza-se pela flexibilidade dos processos e dos mercados de trabalho, dos produtos e padrões de consumo. Surge em um contexto de novos setores de produção, novos mercados e novas formas de fornecimento; de intensificação das inovações comercial, tecnológica e organizacional; de mudanças dos padrões de desenvolvimento; e de estreitamento dos horizontes temporais da tomada de decisões em função do aprimoramento dos canais de comunicação (Harvey, 2005).

Na década de 80, o sistema financeiro brasileiro passa por um processo de reestruturação técnico-organizacional que resulta em três modalidades de ajuste, em função das novas regras de desenvolvimento socioeconômico ditadas pelo

neoliberalismo: a) diminuição do número de instituições (falências, fusões, incorporações e privatizações); b) ajustes nos produtos bancários; c) ajustes no aparato regulatório – maior intervenção do Banco Central (Bacen) e mudança no sistema de garantia de crédito (Benevides, 2002).

A década de 90 caracterizou-se pela abertura para bancos estrangeiros e maior competição no setor. Com a estabilização da moeda e redução da inflação, os bancos perderam sua principal fonte de seu lucro.

O setor financeiro buscou se adaptar à nova realidade com a redução de custos e a maximização dos lucros, pela adoção de tecnologias, auto-atendimento, mão-de-obra terceirizada, fusão de postos de trabalho, redução de níveis hierárquicos e difusão de posto de atendimento – menos empregados e mais máquinas (Jinkings, 2002).

O programa de reestruturação técnico-organizacional iniciado pelo governo Collor incrementou a automação e instituiu três “ondas” de redução de postos de trabalho que provocaram, até o final de 1996, a redução de mais de 400 mil postos de trabalho no sistema financeiro (Dieese, 1997). No período de 1997 a 2000, esse processo continuou: em 1997 foi de 7%; em 1998, 6%; 1999, 5%. Até que em 2000 (com redução de 0,8%), verificou-se uma relativa estabilização neste processo (Dieese, 2001).

A estrutura operacional e de gestão dos bancos também se modificou nessa fase da automação (Larangeiras, 1997). Os resultados dessas mudanças, para os que permaneceram, foram a sobrecarga de trabalho, horas-extras e necessidade de aprimorar competências profissionais voltadas para o uso da informação como principal ferramenta de trabalho (Segnini, 1999; Lima, 1998; Ribeiro, 1999).

Pode-se dizer que, atualmente, o setor financeiro brasileiro situa-se no informacionalismo proposto por Castells (2005, p. 268). É organizado em torno de princípios de maximização da produtividade baseada em conhecimentos, por intermédio do desenvolvimento e da difusão de tecnologias da informação e pelo atendimento dos pré-requisitos para sua utilização (recrutamento, seleção, treinamento de recursos

humanos e infra-estrutura de comunicações). As inovações tecnológicas e organizacionais permitiram o aumento da produção de mercadorias com mais qualidade e menos esforço e recursos. A mecanização e a automação transformaram o trabalho humano, aumentaram a importância dos recursos cognitivos no processo de trabalho e, conseqüentemente, exigiram um trabalhador instruído e autônomo (Sennett, 1999).

A reestruturação técnico-organizacional, baseada na incorporação de novas tecnologias, precarização das relações sociais, intensificação do ritmo, sobrecarga e diminuição dos postos de trabalho, além da demanda de novas capacidades do trabalhador como a polivalência, aumentou a incidência de doenças psicossociais e os riscos de acidentes (Seligmann-Silva, 1992).

As relações de trabalho e formas de organização deste estão inseridas nos processos atuais de exploração, em quatro dimensões integradas: tarefas fragmentadas; ritmo de trabalho acelerado; isolamento no trabalho e individualização do sucesso ou fracasso e desemprego estrutural.

A fragmentação das tarefas resulta em superutilização de poucos grupamentos musculares com super ou sub-utilização de funções cognitivas. O ritmo de trabalho acelerado, determinado pela máquina e controlado pelas chefias, pode ser observado em jornadas extensas e ausência de pausas para descanso e recuperação. O isolamento, característica da sociedade capitalista atual, é reforçado por sistemas de premiação, alta competitividade e falta de solidariedade entre os colegas de trabalho. Por fim, o desemprego aumenta a exclusão social e dificulta a reinserção de trabalhadores acidentados. Há, em conseqüência, um rebaixamento geral do nível salarial (Jinkings, 2002).

O que se verifica nesse novo ciclo de desenvolvimento capitalista é a crise do modelo de produção: ele não necessita mais da força bruta, porém requer movimentos leves, repetitivos, rápidos, que acompanhem o ritmo da máquina. O trabalho torna-se

estático e exige uma atenção constante para que as tarefas prescritas desenvolvam-se da melhor maneira possível (Borges, 2001).

Uma das formas encontradas para que fosse possível produzir mais em menos tempo, com ritmo acelerado, foi a simplificação das tarefas, reduzindo ao mínimo o tipo de movimentos necessários para sua realização. Assim, tem-se um conteúdo pobre e monótono nas tarefas realizadas pelos trabalhadores e o uso de um grupo restrito de músculos (Borges, 2001).

## **1.2 DISTÚRBIOS OSTEOMUSCULARES RELACIONADOS AO TRABALHO**

O conjunto de patologias que compõem os Dort é a principal causa de afastamento por acidente de trabalho classificado como doença do trabalho, conforme o Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho 2003, produzido com a participação de técnicos do Ministério da Previdência Social, do Ministério do Trabalho e Emprego e da Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social – Dataprev (Brasil, 2003).

Os Dort são processos inflamatórios que afetam um ou mais tendões, sinovias, músculos, nervos, dáscias, ligamentos, isolada ou associadamente, com ou sem degeneração de tecidos, sendo as lesões mais comuns e freqüentes as tenossinovites e tendinites. Eles se caracterizam pela ocorrência de diversos sintomas, concomitantes ou não, e podem evoluir para uma síndrome dolorosa crônica, agravada por fatores psíquicos, capaz de causar a redução da função e incapacidade temporária da região afetada e diminuir o limiar de sensibilidade à dor do indivíduo. Os problemas costumam surgir de forma inesperada, principalmente, mas não somente, nos membros superiores, região escapular e pescoço (Ribeiro, 1999; Brasil, 2000; Mendes e Cruz, 2004).

O primeiro e principal sintoma de Dort é a dor (Pinheiro, Tróccoli e Paz, 2002). Manifesta-se inicialmente por curtos períodos e pode ser acompanhada de fadiga muscular e desconforto. Outras manifestações subjetivas são sensações de peso e cansaço no membro afetado, parestesia, formigamento, distúrbios circulatórios, edema,

calor localizado, rubor, sudorese, perda de força muscular, crepitações, choques, alterações de sensibilidade, transtornos emocionais, depressão e insônia (Mendes e Cruz, 2004).

Dort são conseqüências das especificidades das tarefas acrescidas pelo processo de reestruturação técnico-organizacional, intensificado nos anos de 1990, para atender aos objetivos de internacionalização do capitalismo e implementação das políticas econômicas neoliberalistas (Dejours, 2000; Rocha, 2003).

A ocorrência de Dort está associada ao conteúdo e ao significado da tarefa, à construção e à manutenção de contratos sociopsicológicos pouco saudáveis, à incapacidade de negociar com as diferentes formas de pressão produtiva, à inabilidade de desenvolver atitudes afiliativas e aos sentimentos de engajamento na organização (Cruz, 2004). São aspectos psicossociais ligados ao processo de trabalho que, associados à repetitividade e monotonia da tarefa, aos movimentos estáticos, à pressão por rendimento, à ausência de pausas, à insatisfação com o conteúdo do serviço, à elevada demanda e ao uso de mobiliário e equipamentos desconfortáveis, estabelecem uma condição multicausal para o surgimento desses distúrbios (Brasil, 1998; Cruz, 2004). O maior número de postos de trabalho em escritórios acompanhou o aumento de atividade produtiva de serviços. As tarefas, compostas basicamente por atividades administrativas, têm uma alta carga intelectual e psicossensorial. Nessa perspectiva, o adoecimento no trabalho emerge como resposta aos sofrimentos, conflitos, desafios e contradições aos quais os trabalhadores estão expostos.

Essas afecções ocupacionais vivenciadas por trabalhadores expressam um dos sofrimentos advindos da relação com o trabalho e já podem ser consideradas uma epidemia (Dejours, 2000).

Existe uma complexa relação que vincula a dor às vivências subjetivas e à identidade social. A dor é também a dor de perder a saúde, da decepção ao ser excluído do ambiente de trabalho, do não reconhecimento, da humilhação no lócus da perícia

médica, de precisar provar aquilo que aflige (Assunção e Rocha, 1993; Merlo, Vaz e Sponde *et al.*, 2003).

A partir de 1987, quando a “tenossinovite do digitador” foi reconhecida pela Previdência Social, ampliou-se o conceito de Dort. Outras manifestações patológicas, além da tenossinovite passaram a ser reconhecidas como decorrentes do trabalho em virtude de pressão social e incorporação do conhecimento de literatura.

As conseqüências psicossociais dos Dort nas suas vítimas podem estar relacionadas a diversos fatores. A dor crônica, causadora de irritabilidade, sofrimento mental e instabilidade emocional, torna-se uma experiência desagradável e contínua, que gera tristeza e pode levar à depressão. Esses sentimentos são agravados pela ansiedade, insegurança, sensação de inutilidade, de inferioridade, receio da exclusão, devido às limitações pessoais para a realização de atividades, inclusive as laborais. A invisibilidade dos sintomas causa o descrédito quanto aos sintomas da doença (Rocha, 2003; Mendes e Cruz, 2004).

Sendo os Dort, muitas vezes, difíceis de serem diagnosticados, os pacientes ficam desanimados, e ainda têm que “provar” que estão doentes, nas muitas perícias médicas a que são submetidos. Há ainda a dificuldade de encontrar profissionais que recomendem um tratamento adequado. Este é longo e difícil, com oscilações do quadro clínico.

Quanto ao trabalho, o afastamento por longos períodos produz perda da identidade no grupo social e na família. A possibilidade de perda do emprego e/ou função gera medo e incerteza, pois sempre existe a dificuldade de retorno às atividades e reinserção no mercado de trabalho (Borges, 2001).

O adoecimento por Dort representa um percentual considerável dos dias de afastamento em bancários. Com os violentos impactos das reestruturações produtivas pelas quais passaram os bancos (Forrester, 1997), os casos dos Dort em bancários adquirem uma relevância para os profissionais de saúde ocupacional. A natureza do

trabalho justifica o desenvolvimento de doenças psicossomáticas. "As tarefas bancárias, apesar de simples, requerem um elevado nível de tensão e um permanente estado de alerta" (Ribeiro, 1999).

Os Dort, na perspectiva do estudo realizado por Borges (2001), surgem como produto dos processos e formas de organização do trabalho que implicam na valorização moral e salarial daqueles funcionários que buscam "superar-se", "vencer os próprios limites" e se sujeitam incondicionalmente aos interesses de aumento da produtividade da empresa, ainda que inconscientemente.

Pinheiro, Tróccoli e Paz (2002) confirmaram o efeito direto e indireto de variáveis psicossociais, especialmente o suporte social do grupo, sobre sintomas em regiões centrais. Os resultados apontam para a importância das variáveis psicossociais como preditoras significativas de exaustão. O prolongamento da jornada de trabalho foi considerado fonte de tensão e cansaço. Além disso, problemas com a chefia, inadequação do posto de trabalho e alto grau de responsabilidade do cargo aumentam o desgaste físico e emocional.

Os Dort são entendidos como expressão patológica, em nível físico e psíquico, dos conflitos na organização do trabalho e subjetividade. Conflitos na esfera da sociabilidade e da subjetividade estão na gênese do sofrimento físico e psíquico. O diagnóstico parece articular sinais e sintomas com o contexto de trabalho para o aparecimento da patologia (Brasil, 2000).

Ribeiro (1999) afirma que o medo do erro e de suas conseqüências emprestam ao trabalho bancário uma patogenia peculiar. Borges (2001) também associou a desmotivação dos bancários a questões relativas à organização do trabalho e à redução do número de empregos. Dessa forma, o aumento generalizado da incidência de Dort, nos diversos segmentos produtivos, está associado à reorganização do trabalho e aos novos estilos de gestão, e não somente à automação dos processos de produção.

### 1.3 ACIDENTE DE TRABALHO

Entende-se como acidente de trabalho aquele de origem traumática e por exposição a agentes exógenos (físicos, químicos e biológicos) pelo exercício do trabalho, que acarrete lesão corporal ou perturbação funcional que cause a morte, a perda, ou a redução permanente ou temporária da capacidade laborativa (Brasil, 1999, art. 30, parágrafo único).

Os acidentes do trabalho são classificados pela Previdência Social, conforme a Lei 8.213, de 24/07/1991 (Brasil, 1991). Existem três denominações:

- a) **Acidente típico** - acidente decorrente da característica da atividade profissional desempenhada pelo acidentado;
- b) **Acidente de trajeto** - acidente ocorrido no trajeto entre a residência e o local de trabalho do segurado, e vice-versa;
- c) **Doença profissional ou do trabalho** - entende-se por doença profissional aquela produzida ou desencadeada pelo exercício do trabalho peculiar a determinado ramo de atividade constante do Anexo II do Regulamento da Previdência Social - RPS, aprovado pelo Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999, e por doença do trabalho aquela adquirida ou desencadeada em função de condições especiais em que o trabalho é realizado e com ele se relacione diretamente, desde que constante do Anexo citado anteriormente (art. 20).

A incapacidade é definida de diferentes maneiras na literatura. Capacidade, do latim *capacitas-tatis*, é a aptidão ou suficiência para realizar alguma coisa com eficiência e capacidade laboral pode ser entendida como a aptidão para desempenhar de forma eficiente uma determinada tarefa. A definição da incapacidade laboral leva em conta o grau de compromisso do indivíduo e o critério cronológico (passageiro ou permanente). No aspecto legal, as incapacidades permanentes são definidas como aquelas que impedem uma atividade laboral habitual de forma definitiva, ou seja, para o resto da vida



do trabalhador (Sampaio, Navarro e Martin, 1999). Essa situação ocorre quando o Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) reconhece seqüelas irreversíveis de qualquer natureza, decorrentes de problemas que afetam o trabalhador que sofreu um acidente de trabalho. Quando isso ocorre, é realizada uma avaliação por um médico perito do INSS e o trabalhador é encaminhado à reabilitação profissional.

## 2. PSICODINÂMICA DO TRABALHO

Quando falta o prazer, “tudo é ferida, nada é alívio, nem consolo, nem conforto” (Entrevistado 1).

A psicodinâmica do trabalho é uma disciplina que tem origem em estudos realizados na década de 50 e 60 sob o enfoque da psicopatologia do trabalho. Nessa época, as pesquisas buscavam investigar e descrever as causas e os mecanismos de adoecimento no trabalho, as síndromes e as doenças mentais características de cada profissão, a partir do diálogo entre as ciências da saúde e as ciências do trabalho. Os referenciais teóricos da psicanálise e da ergonomia, respectivamente, sustentavam os pressupostos adotados nas investigações sobre os distúrbios psicopatológicos provocados pelas vicissitudes do trabalho (Dejours, Abdoucheli e Jayet, 1994; Dejours, 2004).

A partir de 1980, estudos realizados na França por Christophe Dejours ampliaram o leque das investigações em psicopatologia do trabalho. Em “A loucura do trabalho” (1987), Dejours estudou o sofrimento e as defesas contra esse sofrimento a partir de uma perspectiva psicanalítica do funcionamento psíquico, ao invés de focalizar as doenças mentais sob o modelo causal de referência adotado nas investigações da época. A psicodinâmica do trabalho incorporou as questões da psicopatologia do trabalho em 1992, a partir de explorações no plano teórico-clínico (Dejours, Abdoucheli e Jayet, 1994).

Simultaneamente, a *normalidade* “surgia como enigma central da investigação e análise” e como resultado precário de estratégias defensivas elaboradas para resistir àquilo que é desestabilizante e nocivo para o funcionamento psíquico e para a saúde mental (Dejours, 1987).

A normalidade, enquanto objeto de estudo, permite a investigação do sofrimento, mas também do prazer no trabalho; a investigação do homem, mas também do trabalho;

a investigação da organização do trabalho, mas também dos detalhes da dinâmica interna das situações de trabalho.

A psicodinâmica do trabalho também aprofundou o entendimento da contradição existente entre a organização do trabalho real e a prescrita. Ainda na década de 70, a ergonomia descobriu a “existência de um intervalo irreduzível entre a tarefa prescrita e a atividade real do trabalho” (Dejours, 1999c), ou seja, a tarefa que o trabalhador realiza vai além do que lhe é estabelecido e regulamentado pela organização do trabalho. A organização do trabalho real aparece como um compromisso entre os trabalhadores. Ela é um produto das relações sociais. As disputas das relações sociais constroem a atividade, os modos operatórios reais.

Os primeiros estudos desenvolvidos por Dejours foram concebidos ainda sob o enfoque de uma organização do trabalho considerada como dado preexistente, um fato físico. O autor contextualiza esse pressuposto dentro de um sistema de produção fordista, no qual a organização do trabalho taylorista era considerada um conjunto de constrangimentos maciço, monolítico, inflexível e inexorável (2004).

Contudo, apesar desta concepção rígida de organização do trabalho, Dejours (1987) considerava a atitude ativa dos trabalhadores diante de constrangimentos organizacionais, com o uso de defesas contra os eventuais efeitos nocivos sobre a saúde mental.

O conflito central investigado pela psicodinâmica do trabalho estabelece-se entre organização do trabalho e funcionamento psíquico. Enquanto a psicopatologia do trabalho analisava o sofrimento psíquico resultante do confronto dos homens com a organização do trabalho, a psicodinâmica do trabalho analisa os processos intersubjetivos mobilizados pelas situações de trabalho. A partir dos estudos realizados, as pressões do trabalho, que causam um desequilíbrio psíquico, são consideradas derivações da organização do trabalho, a qual compreende a divisão de tarefas e a divisão dos homens (Dejours, 2004).

Trabalho, organização do trabalho, prazer-sofrimento, estratégias de enfrentamento e mediação do sofrimento são, portanto, conceitos fundamentais para o entendimento da Psicodinâmica do Trabalho enquanto abordagem teórica. Esses conceitos serão apresentados a seguir, previamente à apresentação de alguns estudos realizados no país com essa abordagem.

## **2.1 CONCEITO DE TRABALHO**

O trabalho, enquanto uma atividade finalística do ser humano, estabelece a cidadania, traz dignidade e respeito. Enquanto variável, o trabalho caracteriza-se como atividade humana ontológica, mediada individual e coletivamente, pela qual as pessoas interagem com o ambiente. Ele garante os meios de sobrevivência e proporciona bem-estar ao indivíduo. O trabalho caracteriza-se pela sua centralidade na vida humana (Ferreira, 2003; Blanch Ribas, 2003; Castells, 2005).

Como uma atividade socioeconômica, mas também como uma experiência psicológica, um meio para a construção de um tipo especial de relações sociais – as relações de trabalho –, o trabalho reflete aspectos do desenvolvimento socioeconômico e do sentido e valor sociocultural desta experiência (Blanch Ribas, 2003).

É um local de investimento pulsional fundamental para a formação da identidade de cada indivíduo. Ele representa a “atividade manifestada por homens e mulheres para realizar o que ainda não está prescrito pela organização do trabalho” (Dejours, 2004).

Todo o trabalho é sempre um trabalho de concepção. Por definição, humano, o trabalho é a criação do novo, do inédito, visível nos ajustes à organização do trabalho prescrita. Tem como dimensões a criatividade, a cooperação e a confiança (Dejours, 1987).

O trabalho é constituinte da identidade. Ele é fonte de realização e de prazer quando oferece aos trabalhadores autonomia para construir a organização real do trabalho e reconhecimento por essa mobilização subjetiva. O trabalho também é fonte de

sofrimento, na medida em que impõe aos trabalhadores restrições e participa do adoecimento físico e psíquico (Mendes e Cruz, 2004).

Para Lunardi-Filho e Mazzili (1996, p. 66), “o trabalho é imprescindível a qualquer pessoa, independentemente de sua natureza e de suas próprias condições de realização”. Ros, Schwartz e Surkiss (1999, p. 62) apontam que um primeiro sentido do trabalho é “prover uma vida segura que habilite os indivíduos a darem suporte a suas famílias e atender as suas necessidades básicas”.

Há um paradoxo no trabalho: o homem ao mesmo tempo em que se beneficia dele, também é vitimado por ele. A origem do sofrimento psíquico no trabalho, por sua vez, está associada à organização do trabalho (Dejours, 2004).

## **2.2 ORGANIZAÇÃO DO TRABALHO**

Uma idéia central desta teoria é o papel da organização do trabalho, entendida como divisão de tarefas entre os trabalhadores, ritmos impostos e modos operatórios prescritos, assim como hierarquias, repartições de responsabilidade e os sistemas de controle (Dejours, 1987). Ela se constitui como um processo intersubjetivo, no qual o sujeito trabalhador interage com uma realidade própria, em um lugar de produção de significações psíquicas e de construção de relações sociais (Mendes e Morrone, 2002).

A organização do trabalho é a “correia de transmissão de uma vontade externa, que se opõe aos investimentos das pulsões e às sublimações” (Dejours, 1987, p. 122). Ela é designada como “conteúdo da tarefa, sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade, etc.” (Dejours, 1987, p. 25). Recorta, assim, de uma só vez, a divisão e as relações humanas de trabalho (Dejours, 1987, p. 27). Essa divisão do trabalho consiste na “divisão de tarefas entre os operadores, repartição, cadência e, enfim, o modo operatório prescrito. Por outro lado, a divisão de homens consiste na repartição de responsabilidades, hierarquia, comando, controle etc.” (Dejours, Abdoucheli e Jayet, 1994, pp. 125 e 126).

Inicialmente vista como complemento à divisão do trabalho, a divisão de homens passou a ser considerada um aspecto relevante para a análise dos processos psicopatológicos. A partir de então, a organização do trabalho passou a ser considerada em seu aspecto de construção social. É, em última análise, considerada como a defasagem entre organização prescrita e organização real do trabalho pela psicopatologia do trabalho (Ferreira e Mendes, 2003, pp. 41 e 42).

Dejours (2004) atribui a origem do agravamento do sofrimento psíquico no trabalho às técnicas de avaliação e ao controle do desempenho. Estes aspectos propiciam o surgimento de uma cultura de competição permanente, que destrói a solidariedade e a justiça. A competição, a desconfiança, a solidão e a desolação são fatores primordiais para o sofrimento no trabalho (Resende, 2003; Dejours, 2004).

Dessa forma, a psicodinâmica do trabalho é uma modalidade de intervenção na organização do trabalho. Além disso, é uma disciplina produtora de conhecimentos que reconhece a relação entre a organização do trabalho e o homem em contínuo movimento, para o entendimento de situações concretas de trabalho. Essa relação encontra-se em um equilíbrio dinâmico em seu estado de normalidade e tem por objetivo os processos intersubjetivos (Dejours, 2004, p. 64).

### **2.3 PRAZER-SOFRIMENTO NO TRABALHO**

O prazer-sofrimento no trabalho vem sendo estudado pela psicodinâmica do trabalho por Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994); Dejours (1999a, 1999b, 2000 e 2004); Mendes e Abrahão (1996); Mendes (1996); Mendes e Tamayo (2001); Ferreira e Mendes (2001) e Morrone (2001). É um construto dialético que entende a relação dinâmica de pulsões subjetivas com o ambiente social (Dejours, Abdoucheli e Jayet, 1994; Ferreira e Mendes, 2003; Dejours, 2004).

O sofrimento mental é entendido em uma perspectiva dinâmica, onde pode propiciar elementos que favoreçam tanto a saúde quanto o de adoecimento (Dejours,

Abdoucheli e Jayet, 1994). É necessário que esse sofrimento seja relacionado às situações concretas de trabalho, considerando as interações entre condições físicas, químicas e biológicas e a organização do trabalho.

Sofrimento é representado pelas experiências dolorosas como angústia, medo e insegurança, que têm origem no conflito entre a busca de satisfação dos desejos e/ou necessidades do trabalhador e a dificuldade em satisfazê-las. Esse conflito é comum aos diversos contextos de produção. O sofrimento indica que algo não vai bem, e se manifesta através de sintomas como insatisfação, ansiedade, indignidade, inutilidade, desvalorização e desgaste no trabalho. Constitui-se um mobilizador, auxiliando nas mudanças das situações que o provocam, e assume função de mediador entre o patológico e o saudável, podendo ser um indicador de saúde psíquica quando for mediado por estratégias eficazes.

O sofrimento também pode ser considerado um indicador negativo da saúde no trabalho. Ele é capaz de desestabilizar a identidade e a personalidade, porém, não é patológico. Existe um processo de aumento da resistência e de fortalecimento da identidade pessoal inerente ao sofrimento, quando estabelecidas estratégias individuais e coletivas de enfrentamento das imposições e pressões do trabalho. Sua origem é estabelecida “na mecanização e na robotização das tarefas, nas pressões e nas imposições da organização do trabalho, na adaptação à cultura ou à ideologia organizacional, representadas pelas pressões do mercado, nas relações com clientes e com o público” (Dejours, 1987; Mendes e Cruz, 2004). Caracteriza-se pelo desgaste, que é o sentimento de desânimo, cansaço, ansiedade, frustração, tensão emocional, sobrecarga e estresse no trabalho; e pela insegurança, que é o sentimento de incompetência diante das pressões para atender às exigências relacionadas ao desempenho e à produtividade.

Mendes e Tamayo (2001) apontam que o sofrimento dificilmente tem aparecido nas pesquisas como predominante no contexto organizacional, o que pode ser explicado,

também, pela necessidade inerente à condição humana da busca constante do prazer e evitação do sofrimento.

Prazer, por outro lado, é a situação gratificante vivenciada pelo trabalhador através da satisfação do seu desejo e de suas necessidades dentro do contexto de produção. Ele se expressa pela liberdade, realização, gratificação, reconhecimento, valorização e satisfação no trabalho. De forma direta, é vivenciado por meio de processos sublimatórios e, de forma indireta, pela dinâmica do reconhecimento, que possibilita a resignificação do sofrimento, ou pela transformação das situações de trabalho, através da mobilização coletiva (Dejours, 2004).

Ferreira e Mendes (2001), Mendes e Tamayo (2001) e Mendes e Morrone (2002) identificaram a relação entre o prazer no trabalho e a identidade social e pessoal. O indivíduo, ao realizar a sua tarefa, integra-se a ela e sente-se gratificado a partir dela. O trabalhador tem a oportunidade de realização e fortalecimento de sua identidade quando vivencia o prazer. Realização é, portanto, o sentimento de gratificação, orgulho e identificação com o trabalho. Liberdade é o sentimento de estar livre para pensar, organizar e falar sobre o trabalho (Mendes e Cruz, 2004).

O reconhecimento é a retribuição fundamental da sublimação, o que significa que a esta tem um papel importante na conquista da identidade. O reconhecimento social e identidade como condição da sublimação conferem a essa última uma função essencial na saúde mental (Dejours, 2004). A construção do sentido do trabalho pelo reconhecimento pode, portanto, transformar o sofrimento em prazer.

Desta forma, o processo de saúde-adoecimento é resultado de uma dinâmica que envolve conflitos e contradições inerentes ao confronto entre as necessidades e desejos dos trabalhadores e a organização do trabalho (Dejours, 2004, pp. 72-78; Mendes e Cruz, 2004).



### 2.3.1 As estratégias defensivas

As estratégias defensivas referem-se aos modos de agir individuais ou coletivos que levam os trabalhadores a camuflar a percepção da realidade que os faz sofrer. Elas representam um processo mental porque não alteram a realidade da pressão que a organização do trabalho exerce sobre os sujeitos. Dejours (1987) explica que, de um modo geral, os trabalhadores estão tão ocupados em garantir esforços para a produtividade que não reconhecem seu próprio sofrimento.

As estratégias defensivas ocupam lugar de destaque na investigação psicodinâmica das situações de trabalho. Elas desempenham o papel de freio à reapropriação, à emancipação e à mudança (Dejours, 2004). Foi a partir do foco de análise para o sofrimento e para as defesas contra o sofrimento que Dejours fundou as bases da psicodinâmica do trabalho.

O papel das estratégias de defesa individual é o de adaptar o trabalhador ao sofrimento. Elas se diferenciam das estratégias coletivas porque estão relacionadas com os mecanismos de defesa do ego que estão interiorizados e que, mesmo sem a presença de uma situação externa, persistem. Além disso, por serem de natureza individual, elas têm pouco impacto na organização do trabalho. As defesas de negação são as que negam o próprio sofrimento e o sofrimento alheio. Caracterizam-se por considerar o sofrimento e as injustiças uma coisa natural, supervalorizando os resultados positivos e as desvantagens da produção e dos fracassos. São expressas por atitudes de desconfiança, individualismo, isolamento e banalização das agruras do trabalho. As estratégias de racionalização, por sua vez, expressam uma forma de evitar e eufemizar a angústia, o medo e a insegurança no trabalho, buscando justificativas aceitas socialmente para as situações dolorosas e desagradáveis, e acelerando o ritmo de trabalho e de produtividade. Manifestam-se pela resignação, apatia, passividade, conformismo, indiferença, individualismo, presenteísmo, controle sobre pessoas e

situações (Mendes, 1996; Mendes e Morrone, 2002; Ferreira e Mendes, 2003; Barros e Mendes, 2003).

As estratégias de defesa coletiva, porém, organizam-se por consenso e dependem das condições externas que envolvem as relações intersubjetivas no grupo de trabalho. Pela sua dimensão coletiva, elas se tornam objeto de interesse para a psicodinâmica do trabalho. Ao serem construídas, as regras do grupo coordenam as contribuições individuais e as unificam e, no momento em que os trabalhadores não as desejam mais, elas deixam de funcionar. Isso pode ocorrer quando alguém do grupo trapaceia ou rompe as regras, em relação a alguma ação no trabalho. Assim, as estratégias coletivas de defesa unem o grupo para enfrentar o sofrimento causado pela pressão da organização do trabalho, possibilitando a estabilização psíquica; contribui também para a construção do sentido do sofrimento no trabalho. Esses mecanismos, muitas vezes inconscientes e compartilhados por um grupo de trabalhadores podem ser de negação e/ou de racionalização.

Entre as defesas coletivas, Dejours, Abdoucheli e Jayet (1994) destacam o mecanismo de auto-aceleração, que é extremamente produtivo para o empregador, conduzindo ao aumento frenético do ritmo de trabalho e gerando retorno contra o próprio trabalhador.

Devido ao sofrimento gerado pela situação de trabalho repetitiva, o corpo fica submetido a diretivas elaboradas por uma vontade exterior a ele. E como forma de manutenção ou defesa, o sujeito se submete a ir contra sua própria concepção. O trabalhador se engaja freneticamente na aceleração, de maneira a ocupar todo o seu campo de consciência com as pressões sensomotoras de sua atividade. Saturando seu campo de consciência com uma sobrecarga perceptiva, o sujeito chega, em curto prazo, a fechar a consciência ao pensamento organizado vindo do interior. Com a ajuda da fadiga, o trabalhador chega a paralisar seu funcionamento psíquico (Dejours, 1987).

Essa estratégia defensiva – à qual dá-se o nome de repressão pulsional – é difícil de ser administrada, e também penosa e dolorosa. Os trabalhadores sentem-se, depois de um tempo, cada vez mais inertes e sem reação. Até que, no limite, se instala um estado de semi-embotamento, no qual o sujeito não sofre mais, e reina um estado próximo ao da anestesia psíquica – depressão essencial com pensamento operatório (Rocha, 2003). O ponto final do sofrimento psíquico, ocasionado pelas tarefas anti-sublimatórias, pode manifestar-se pelo surgimento de uma doença física e não de uma doença mental.

### **2.3.2 As estratégias de mobilização subjetiva**

A mobilização subjetiva dos trabalhadores é uma estratégia que visa à obtenção das vivências de prazer, pela adaptação às pressões rígidas e pela transformação dos aspectos nocivos da organização do trabalho. Ela envolve os aspectos cognitivos da inteligência e os aspectos afetivos e revela o interesse do trabalhador pelo que faz. Assim, os trabalhadores constroem maneiras especiais para a realização das tarefas, como “macetes”, “quebra-galhos” e “regras de ofício”, que apesar de não estarem de acordo com as regras oficiais, trazem prazer ao trabalho. Esses procedimentos, criados pelo grupo, mobilizam processos psíquicos ligados à inventividade, à imaginação, à inovação, à criatividade, que estão relacionadas a uma forma de inteligência astuciosa, em constante ruptura com as normas, que tem origem no corpo, nas percepções e na intuição, e que se configura numa inteligência transgressiva.

Para ser eficaz, a inteligência astuciosa deve ter aprovação social e ser discutida pelo grupo para que se verifique a defasagem entre a organização prescrita e a organização real.

As principais estratégias saudáveis para enfrentar o sofrimento são as estratégias de mobilização subjetiva e mobilização coletiva. Elas permitem a transformação das situações geradoras de sofrimento em situações geradoras de prazer. Essas estratégias têm fundamento teórico nos estudos de Dejours (1999a, 1999b). A mobilização subjetiva

é definida como um processo caracterizado pelo uso dos recursos psicológicos do trabalhador e pelo espaço público de discussões sobre o trabalho.

## **2.4 PSICODINÂMICA E TRABALHO BANCÁRIO NO BRASIL**

O contexto atual do setor financeiro é representado pela intensificação e rigidez da organização do trabalho, controle rigoroso da execução das tarefas, exigências excessivas de produtividade, aumento do volume de trabalho acompanhado de uma redução significativa de pessoal, pressão exercida pelos clientes, sobrecarga das mãos e braços na execução das tarefas, extensão da jornada de trabalho, insuficiência de pausas, redução da autonomia e empobrecimento do conteúdo do trabalho (Lima, 1998; Ferreira, 1997; Segnini, 1999; Uchida, 1998).

Em 2003, Resende relacionou as vivências de prazer e sofrimento no trabalho bancário aos valores organizacionais utilizando metodologia quantitativa. Os resultados evidenciaram vivências moderadas de prazer e sofrimento e o uso de estratégias de defensivas. Conclui-se, então, que não são os valores individuais nem as características particulares dos indivíduos que garantem a saúde no trabalho. O indivíduo pode adoecer em função de outras razões, ligadas à organização do trabalho. No entanto, as prioridades axiológicas e suas características pessoais podem ser mediadores neste processo, enquanto trazem à tona os processos motivacionais e as necessidades pessoais dos sujeitos, que devem ser considerados dentro dos fatores que influenciam o prazer-sofrimento no trabalho.

Borges (2001) observou que o sofrimento no trabalho bancário é vivido individualmente: para esta categoria, a idéia de coleguismo e companheirismo aparece equivalente à organização e disciplina, cujo objetivo é cumprir com o trabalho esperado e não dar motivo para críticas, perpetuando-se a ordem-mecânica e previsível.

Merlo e Barbarini (2002) analisaram as repercussões provocadas pelo processo de reestruturação técnico-organizacional no psiquismo de caixas de uma instituição

financeira estatal, com o foco nas formas de mobilização da inteligência, da personalidade no trabalho e na utilização de estratégias coletivas de defesa para enfrentar o sofrimento. Constatou-se intensa mobilização coletiva caracterizada por sentimentos de insegurança, desvalorização, estranhamento, desorientação e impotência diante das incertezas em função das mudanças. O sofrimento psíquico do profissional caixa torna-se preocupante diante da destruição de sua identidade e redução das possibilidades de gratificação pelo exercício da atividade.

As estratégias de defesa mais utilizadas pelos bancários, segundo a literatura, são o individualismo, a auto-aceleração e a competitividade (Ribeiro, 1999; Borges, 2001). Coelho (1997) observou que muitos bancários manifestavam orgulho em trabalhar mais depressa que outros e que quando convocados para reuniões e debate, não quiseram participar para não se envolver.

Ferreira (2001) analisou as condições psicossociais do bancário portador de Dort que facilitam ou não a sua reinserção no mercado de trabalho e analisou o processo de reconstrução da identidade profissional de indivíduos lesionados por doenças ocupacionais. Obteve como resultado de investigação que o fator Desgaste da escala de prazer-sofrimento no trabalho tem relação negativa com bem-estar e associa-se positivamente com a percepção de extinção da categoria bancária. Procurou entender como se situa o indivíduo que vivencia a experiência da perda ou a brusca transformação de sua profissão ou modo de trabalhar construído ao longo de uma vida (Ferreira, 2001).

Entre outros elementos que se agregam ao desgaste, deve-se levar em conta a implementação da tecnologia informática e seu impacto no trabalho dos bancários. Malasch e Leiter (1997) também confirmam que o excesso de trabalho é um dos fatores fundamentais do sentimento de desgaste. Para Dejours (1987), a fadiga e o esgotamento do corpo são mantidos pela organização como peça necessária à alienação.

Merlo e Barbarini (2002) identificaram que a coesão do grupo é uma estratégia coletiva de defesa que garante, ao menos momentaneamente, a proteção contra os

efeitos do sofrimento sobre a saúde, por permitir trocas, transmissão de conhecimentos e descobertas. Esta defesa pode ser enfraquecida com a desestruturação que vem ocorrendo no mundo do trabalho, provocando sentimento de carência entre os que saem e nostalgia do tempo em que ser caixa significava alguma coisa, entre os que ficam. Esse espaço de manobra entre a organização de trabalho prescrita e a organização do trabalho real, existente no trabalho dos caixas, aliados ao reconhecimento gerencial pelas decisões tomadas, garantem a obtenção de prazer no trabalho. Essa coesão é uma estratégia de defesa utilizada pelo grupo, e, através dela, eles unem suas forças para lutar contra as adversidades do dia-a-dia, para resolver problemas e criar soluções em conjunto. As novas formas de organização do trabalho estão destruindo a imagem do caixa como um profissional e reduzindo a possibilidade de serem reconhecidos pelo exercício da atividade. Esse estreitamento das possibilidades de obter reconhecimento no trabalho já começa a apresentar sinais de alerta, pois as estratégias de defesa mostram-se próximas do limite da eficácia. Alguns desses sinais são o sentimento de que o trabalho fica a cada dia mais pesado, as dúvidas quanto à qualificação para exercer outras atividades e o uso de expressões depreciativas, como, por exemplo, aquela em que eles se comparam a um pára-choque (Merlo e Barbarini, 2002).

Mendes, Costa e Barros (2003) investigaram as estratégias defensivas e de mobilização subjetiva de enfrentamento do sofrimento psíquico no trabalho bancário, com base no modelo teórico-metodológico da psicodinâmica do trabalho. Os resultados apontaram o descontentamento com o trabalho, as estratégias para enfrentar o estresse, os sentimentos de insatisfação com a empresa e os relacionamentos profissionais, como categorias relacionadas com o sofrimento. Os bancários enfrentam as adversidades do trabalho por meio de defesas de negação e controle por meio de mecanismos de racionalização.

Em agosto de 2003, Rocha defendeu a dissertação de mestrado intitulada “O pior é não ter mais profissão, bate uma tristeza profunda: sofrimento, distúrbios

osteomusculares relacionados ao trabalho e depressão em bancários”. O trabalho teve como objetivo “investigar o processo de adoecimento por Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho (Dort) e a depressão desenvolvida em sua consequência” com bancários afastados do trabalho por acometimento de Dort, a partir do referencial da psicodinâmica do trabalho (Rocha, 2003). O estudo, cuja metodologia contemplou análise qualitativa de coleta e análise dos dados, identificou que os danos físicos, associados ao trabalho bancário, foram sedentarismo, movimentos repetitivos e contínuos dos membros superiores em posição estática. A organização do trabalho é rígida e oferece pouca possibilidade de conciliação aos desejos e satisfações dos trabalhadores. Impõe sobrecarga de trabalho, horas extras e impossibilita a realização de pausas. Por outro lado, as relações com a chefia e pares foram consideradas próximas e amistosas, indicando a existência de um coletivo de trabalho. As relações socioprofissionais foram consideradas fundamentais e necessárias para o suporte social aos funcionários submetidos ao trabalho bancário. Os participantes relataram sentimentos de discriminação e abandono após o adoecimento.

O contexto de produção de serviços, completamente informatizado, traz um sofrimento para o trabalhador pela dependência aos sistemas de informação computadorizados. Os danos físicos associados ao trabalho bancário são sedentarismo, movimentos repetitivos e contínuos dos membros superiores em posição estática. A organização do trabalho é rígida, com pouca possibilidade de manifestação da subjetividade. Há sobrecarga de trabalho, os trabalhadores fazem horas-extras não remuneradas, sem o uso de intervalos para pausas. As relações com os pares e superiores hierárquicos são próximas e amistosas, indicando a existência de um coletivo de trabalho (condição necessária ao suporte). Após o adoecimento, os trabalhadores passaram a vivenciar discriminação e abandono (Rocha, 2003).

A dinâmica de mediação do prazer e do sofrimento caracteriza-se por uma dupla vivência: o prazer é evidenciado nas relações socioprofissionais e sustentado pela

dinâmica do reconhecimento (Dejours, 2004), enquanto o sofrimento é identificado na impossibilidade de realização profissional e no desgaste. Os trabalhadores fazem uso de estratégia de aceleração de cadências, mas sentem-se gratificados pelo reconhecimento. Este se baseia na auto-aceleração, ao invés de na individualidade de cada um. Desta forma, a organização do trabalho valoriza o fazer e não o trabalhador. O sofrimento é vivenciado após o adoecimento, com a frustração de que “não valeu a pena” o investimento no trabalho. O adoecimento é vivenciado inicialmente de forma difusa, lenta, branda e fugaz. A negação da doença se sustenta à custa da deterioração da saúde, com o uso de estratégias e paliativos para evitar a dor (Rocha, 2003).

Lima (1998) sugere que a auto-aceleração no desempenho da atividade, comum entre os trabalhadores acometidos por Dort, é uma estratégia para reassumir algum controle sobre o ritmo da tarefa, principalmente quando a organização do trabalho permite pouco ou nenhum controle por parte dos empregados.



### 3. OBJETO DE INVESTIGAÇÃO

Este estudo tem como objetivo analisar casos de trabalhadores que se afastaram por Dort e retornaram ao trabalho bancário, sob o referencial da psicodinâmica do trabalho. Visa responder a seguinte questão geral:

- Qual a dinâmica que envolve a relação trabalho e adoecimento por Dort em bancários que retornaram de licença-saúde por acidente de trabalho?

Parte-se da hipótese de que, nas situações de retorno ao trabalho, estratégias defensivas mantêm os bancários em atividade, confiantes na recuperação e no futuro profissional, apesar das seqüelas e incapacidades decorrentes do adoecimento.

Especificamente, procura-se:

- Descrever o processo de adoecimento por Dort;
- Caracterizar a organização do trabalho, antes e depois do adoecimento;
- Analisar as vivências de prazer-sofrimento e as estratégias de enfrentamento, antes, durante e depois do adoecimento.

O foco deste estudo é a relação dinâmica entre organização do trabalho e subjetividade. As seguintes perguntas específicas serão respondidas a partir do objeto de investigação:

- Como se caracteriza o processo de adoecimento por Dort?
- Como se caracteriza a organização do trabalho antes e depois do adoecimento?
- Qual a dinâmica que envolve a mediação do sofrimento e do prazer, antes, durante e depois do adoecimento?

No caso de serviços bancários, a natureza do trabalho baseia-se no “tratamento de informação contábil alfanumérica” (Ferreira, 1997). A informação é a matéria-prima da atividade bancária. Essa característica acelerou a automação do processo produtivo, pela perfeita adequação deste aos sistemas tecnológicos.

O termo Dort refere-se a inúmeras patologias relacionadas ao sistema músculo-esquelético, que ocasionam ou não degeneração dos tecidos, e que acometem as extremidades superiores, na maior parte dos casos. Os Dort iniciam com vários sintomas que aparecem concomitantemente ou não, como choque, dormência, formigamento, peso, fadiga precoce, dor, e, conforme sua gravidade, podem levar ao afastamento do trabalho, temporária ou permanentemente (Brasil, 2000).

A evolução da doença, associada às seqüelas e incapacidades físicas decorrentes do adoecimento, gera, normalmente, sintomas depressivos, conforme já investigado por Rocha (2003). Contudo, acredita-se na mobilização dos bancários que se afastam por Dort e retornam às atividades laborais.

A relação entre as variáveis investigadas neste estudo pressupõe uma abordagem dinâmica. A organização do trabalho é entendida como variável antecedente para as vivências de prazer e sofrimento. As vivências de prazer e sofrimento mediam o processo de saúde ou de adoecimento por Dort.

Para a psicodinâmica do trabalho, o sofrimento e o aumento excessivo de doenças mentais relacionadas ao trabalho têm suas bases na erosão das estratégias coletivas de defesa. Esta idéia pode ser observada na atual crise das formações coletivas e na despolitização da população; processos em evolução desde a década de 70 (Dejours, 2004). Observa-se um processo de desestruturação de todas as formas clássicas de solidariedade.

Os autores Dejours (1987, 1999c, 2004), Lima (1998), Merlo e Barbarini (2002), Mendes e Cruz (2004) e Martins (2002) concordam que existe uma relação entre o aparecimento de LER/Dort e a organização de trabalho, especialmente por causa da estratégia de auto-aceleração para a execução das tarefas. Os trabalhadores e especificamente, os bancários utilizam a auto-aceleração inicialmente como um recurso para executar tarefas repetitivas, sem sentido, monótonas e sob pressão de tempo, o que pode levar ao entorpecimento do pensamento e do sentimento. A esse fato somam-se a

falta de autonomia, as pressões por qualidade e produtividade, o relacionamento com chefes, colegas e clientes, as exigências de qualificação e competição, o aumento do ritmo em decorrência do medo das ameaças de demissão e a dinâmica do reconhecimento.

Diante do sofrimento podem ocorrer duas situações: as estratégias de mobilização coletiva e as estratégias de defesa.

As estratégias de mobilização coletiva buscam transformar o contexto de produção, com o objetivo de minimizar e/ou eliminar o desgaste do trabalhador e de transformar o labor em fonte de prazer. Elas se referem à ação coletiva dos trabalhadores baseada no espaço público de discussão, reforçado pela confiança e cooperação entre os participantes. Esse espaço, criado pelos próprios trabalhadores, designa o *lócus* onde acontece a expressão coletiva do sofrimento, com autenticidade, compreensão e respeito com as diferenças individuais.

As estratégias defensivas expressam-se por mecanismos de negação e/ou racionalização em relação ao trabalho e podem ser ações individuais e coletivas. A negação refere-se ao não-reconhecimento do próprio sofrimento e ao do outro. Caracteriza-se pelo isolamento, desconfiança, individualismo que desarticula o coletivo e interpreta erroneamente as situações de trabalho. Racionalização é a substituição dos sentimentos de medo, ansiedade e insegurança por atitudes de desprezo, ignorância ou inconsciência em relação aos riscos e imposições do trabalho. Caracteriza-se pelo relato dos resultados positivos, atribuindo os fracassos no trabalho à incapacidade ou incompetência humana. As estratégias defensivas fazem com que o indivíduo se mantenha adaptado ao contexto de produção de bens e serviços e, ao mesmo tempo, fique alienado. O uso intenso dessas estratégias torna-as ineficazes. O sofrimento mal resolvido transforma-se em doença (Mendes, Costa e Barros, 2003; Dejours, 2004).

Os Dort são, possivelmente, decorrentes desse sofrimento, definidos como uma doença ocupacional, conseqüência da combinação de fatores relativos ao contexto de produção de bens e serviços.

Lima (1998), Ribeiro (1999), Borges (2001), Gravina (2001), Martins (2002) concordam que sofrimento anterior ao adoecimento entre os bancários está relacionado a fatores de risco como tarefas monótonas e repetitivas, intensificação do trabalho, pausas fictícias, pressão pela produtividade. A auto-aceleração é a estratégia mais usada para lidar com esses problemas, na tentativa de finalizar uma atividade sem sentido, além de atender às exigências do trabalho. Esses autores identificam também a existência de sofrimento pós-adoecimento relacionado com as restrições que a doença impõe, com o tempo despendido na busca de diagnóstico e tratamento adequados, com a desconfiança de fraude por parte de colegas de trabalho e família, com o afastamento do trabalho entre outros, vivências essas que podem resultar em depressão.

A organização do trabalho é fonte de sofrimento para os bancários acometidos por Dort. Eles utilizam estratégias defensivas para se protegerem, que, ao falharem, permitem a instauração dos Dort. Os trabalhadores acometidos afastam-se do trabalho, buscam alternativas de tratamento da doença. Após o afastamento, os bancários retornam à organização do trabalho.

Este estudo se propõe a investigar o processo de adoecimento e a dinâmica do retorno ao trabalho, considerando o esquema de investigação representado na Figura 1.

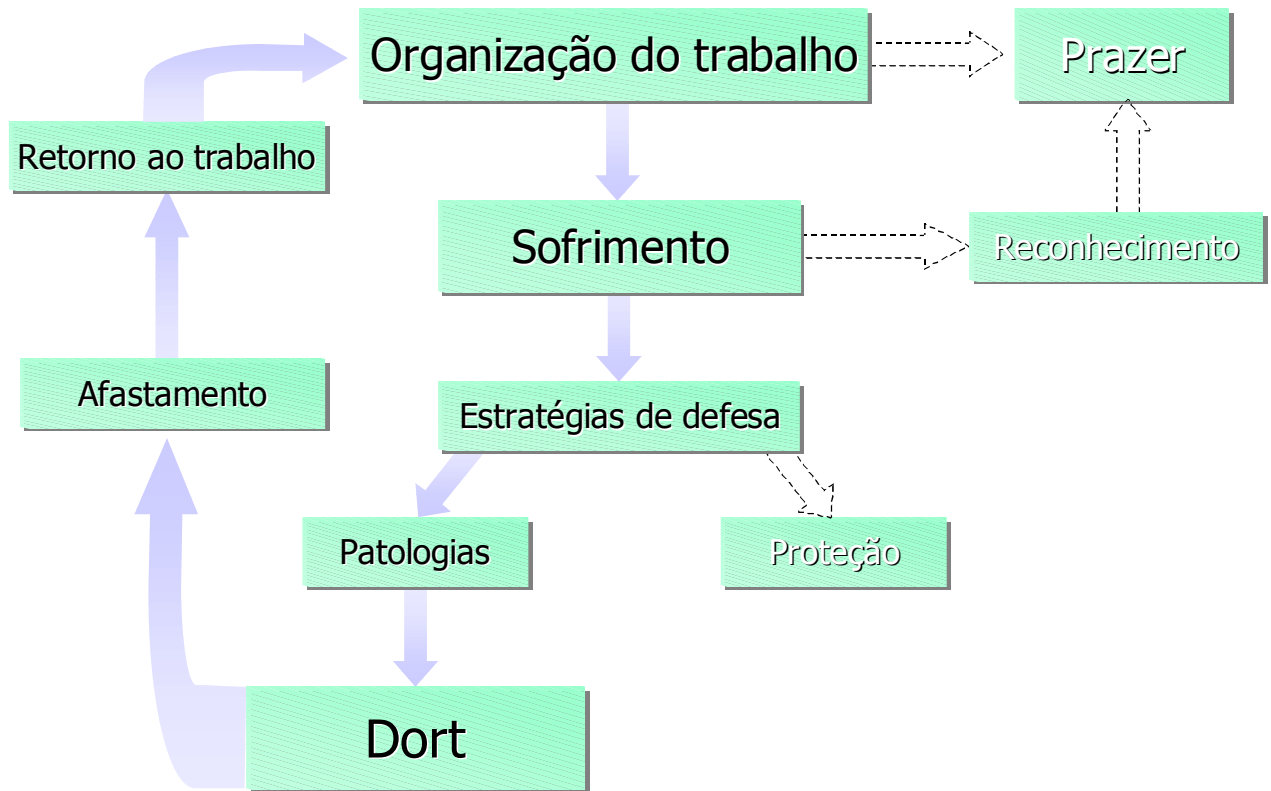


Figura 1. Esquema do objeto de investigação. Adaptado de Rocha (2003).

## 4. MÉTODO

Eu trabalho aqui, mas eu sei que eu não estou cem por cento bem, mas eu sei que eu não vou ser o que era antes. Eu tenho consciência do que vai ser. Então eu tenho que andar nas minhas limitações, e isso é ruim (Entrevistado 5).

Este estudo foi realizado com o apoio da área de saúde ocupacional da empresa, que permitiu o acesso a informações do quadro funcional. Todos os procedimentos de definição da amostra foram acompanhados e autorizados pelo médico coordenador do Programa de Controle Médico de Saúde Ocupacional (PCMSO) da empresa.

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO PESQUISADA

A instituição pesquisada, com quase duzentos anos de existência, passou por diversas transformações ao longo da história do país, sobretudo, a partir da independência do Brasil, em face da sua condição de instituição financeira oficial. Como consequência, diversos papéis foram desempenhados ao longo de sua trajetória histórica. Ela já foi provedora de recursos ao Governo, centro de operação de progresso do país, órgão emissor de moeda, símbolo do desenvolvimento nacional, instrumento de execução da política creditícia e financeira do Governo Federal, Banco Central, até sua reestruturação como banco múltiplo, inserido no mercado e concorrendo em igualdade de oportunidades com bancos particulares.

Até o ano de 1986, a empresa controlava a Conta Movimento do Governo Federal, mecanismo que servia de caixa do governo para alocação de recursos definidos pela política econômica e colocava a empresa como co-responsável pela emissão de moeda a partir do ajustamento das contas de autoridades monetárias e do Tesouro Nacional (Fortuna, 2002, p. 22). Contudo, como na prática essa função não era exercida pelo Conselho Monetário Nacional, a instituição obtinha recursos para executar

operações de interesse da política pública ou de seus próprios interesses (Benevides, 2002).

Em função da vantagem da Conta Movimento, o Governo impunha à instituição o atraso no processo de informatização (Benevides, 2002). Na década de 80, era grande a disparidade do desenvolvimento tecnológico do Banco, comparado às outras instituições financeiras privadas. A partir de 1984, com o reordenamento das contas públicas e revisão da política econômica do país, inicia-se um processo de organização do sistema financeiro nacional e conseqüente transferência da execução da política econômica do país e controle das contas públicas para o Banco Central do Brasil, criado em 1964 e, até então, sem uma participação efetiva na economia do país.

Com o fim da Conta Movimento em 1986 e posterior abertura do mercado brasileiro aos investimentos internacionais – a partir da inserção de instituições bancárias internacionais na esfera do sistema financeiro nacional, iniciada no governo Collor –, a empresa viu-se obrigada a entrar no mercado com um acúmulo de prejuízo em vários exercícios consecutivos. Tal descontrole financeiro, por seguidos anos, não teve origem monocausal. Em verdade, a ineficiência gerencial e os empréstimos não liquidados junto ao Governo Federal, principalmente oriundos de dívidas do setor rural, explicam, em parte, esses prejuízos.

Como contrapartida a esse crescente déficit acumulado, fez-se necessário pensar alternativas de modelos técnico-organizacionais com a finalidade de estancar a tendência imanente de colapso financeiro da empresa. Neste contexto, emergiu o “Projeto Banco Múltiplo” que consistiu num grupo de trabalho criado com o objetivo de propor ações de reestruturação e adequação do Banco ao mercado, notadamente relacionadas às políticas de pessoal. Esta ação ajudou a estruturar a nova mentalidade voltada para o racionalismo econômico, em 1986. A Grande Virada, como ficou denominado o esforço coordenado por funcionários do alto escalão para captar recursos do mercado, marcou a

mudança do perfil institucional e é considerada a primeira grande mudança de perspectiva, após uma atuação fundamentalmente social de várias décadas.

A empresa adotou como lema a lógica utilitária, o lucro como justificativa de sua existência, até mesmo por uma questão de sobrevivência, dados os novos padrões definidos pelo setor público-estatal para a instituição que, na realidade, a subordinava, doravante, às determinações da concorrência intercapitalista financeira (Benevides, 2002).

Segundo Ponte (2004), resgatando um paralelo entre as transformações encarnadas pelo Banco a partir da década de noventa e a própria reestruturação global do metabolismo orgânico do Capital, em momentos de crise, o sistema tende a acionar forças de contratendência. Conquanto, a partir de meados dos anos oitenta e começo dos anos noventa, começa a se remodelar uma nova alternativa à tendência imanente de queda na taxa de lucro. O capital busca, então, novas alternativas no cenário econômico e político mundial, dando início a mais um ciclo de reestruturação técnico-organizacional da produção capitalista. Com efeito, surgem como contratendências do capital a reestruturação produtiva aliada à microeletrônica, a reorganização do trabalho e, no campo político, a redefinição do papel do Estado, com o “neoliberalismo” questionando a manutenção dos direitos trabalhistas e sociais.

Ponte conclui que, nesta dinâmica de múltiplas mutações, fica evidente a postura do Banco em assumir a sua submissão à reprodução ampliada do capital rentista, idealizando um perfil de “Banco ágil e eficiente” com ênfase centrada no cliente que gera lucro. Nesta nova configuração, a prioridade da satisfação das necessidades de seus funcionários foi perdendo sentido ante às novas premissas da empresa em reduzir os custos, sobretudo, com a força-de-trabalho. Assim, a anterior estratégia dos “altos salários”, vinculada à manutenção de inúmeras vantagens, deu lugar a novas formas de “coerção” e “convencimento”. Na realidade, a manutenção de uma força-de-trabalho bancária – “qualificada” especificamente para execução das antigas rotinas de serviço no



Banco – não mais confere prioridade para a instituição, dada a crescente simplificação do trabalho bancário pela dinâmica da automação dos bancos. Pode-se inferir, segundo o autor, que, neste momento, dá-se a acentuação da tendência de subsunção real do trabalho vivo bancário ao capital financeiro. As antigas estratégias de cooptação do bancário utilizadas pelo Banco são gradualmente substituídas por outras mais usuais à época, em especial: a explicitação do excesso de força-de-trabalho e o incentivo à concorrência intrafirma. Com efeito, a instituição passa a retirar “prerrogativas” e “direitos”, por décadas prevaletentes na relação empresa-funcionário, redundando na extinção da estabilidade no emprego; no rebaixamento salarial; na tensão e no medo disseminados pelos discursos oficiais e não-oficiais da Diretoria; na retirada de inúmeras vantagens históricas; na contratação de “novos bancários”, com salários e vantagens reduzidas; na inserção da dinâmica da terceirização radical em quase todos os segmentos da empresa; enfim, na predominância do imperativo do lucro. Neste cenário, a visão simbólica do “Banco pai” esvaecesse, emergindo a dominação explícita do “Banco empresa” (Ponte, 2004, p. 263).

Nesta dinâmica, o processo de horizontalização e de enxugamento culminou em dois momentos marcantes no ano de 1995. O Banco apresenta um prejuízo de 4,3 bilhões de reais e adota o Programa de Desligamento Voluntário (PDV), no qual 13.388 funcionários saíram do Banco. Somando esse número a outros desligamentos, o quadro funcional caiu de 119.380 funcionários para 94.669 apenas em 1995 (Benevides, 2002).

Os anos que se seguiram ao PDV foram marcados pela deterioração das relações entre a instituição e seus funcionários (Rodrigues, 2004). O Banco entra na corrida pelo domínio do mercado e prevalece uma política de metas de vendas e cobrança por resultados. O poder aquisitivo do funcionário despenca em relação aos ganhos salariais do passado (Benevides, 2002). No ano de 1997, em meio ao PDV e a continuidade dos Programas de Adequação de Quadros, a empresa efetivou a reestruturação do Plano de Cargos e Salários (PCS) e implantou a Remuneração Variável (RV). A reestruturação do

PCS reduziu os percentuais de interstício entre os níveis da carreira para funcionários antigos e criou um novo quadro com piores condições de salários e benefícios para os novos funcionários. A RV, por sua vez, alterava a política de gestão de recursos humanos, desvalorizando o tempo de serviço como critério de promoção funcional (Rodrigues, 2004).

A nova política de recursos humanos teve como efeito a redução do valor do trabalho e do valor do conhecimento à racionalidade econômica (Benevides, 2002). Essas mudanças, associadas ao congelamento de salários, fizeram aumentar a competitividade interna, redundando em perda da solidariedade e exacerbação do individualismo. Por outro lado, também aumentava o comprometimento dos funcionários com o cumprimento de metas e provocava a desmobilização da categoria (Rodrigues, 2004).

É curioso notar que os candidatos inscritos no concurso público aberto em 1998 ainda guardavam a imagem de um banco que não mais existia. Ao ingressarem na empresa, eles se deparavam com um elevado ritmo de trabalho, individualismo exacerbado, alta competitividade interna e condições salariais e de carreira diferenciadas em relação aos funcionários antigos.

Automaticamente, surgiram duas categorias funcionais distintas de funcionários antigos e novos. Os primeiros, apelidados de “barrigudos”, com direitos e privilégios adquiridos no passado, sendo, portanto, alvo do PAQ e possíveis PDV. Os segundos, apelidados de “genéricos” – em referência aos medicamentos genéricos – enquadrados em um novo plano de cargos e salários (PCS) e com um custo menor para a empresa, mas com uma produtividade igual, quando não superior aos funcionários antigos. O salário-base é reduzido e a empresa passa a adotar a gratificação por comissões.

Existem relevantes estudos, no âmbito da academia, que discutem as causas e os efeitos dessas transformações na esfera da instituição financeira analisada, sobretudo, acerca das conseqüências sociais deletérias desse processo de reestruturação técnico-

organizacional posto em prática a partir de meados dos anos noventa do século passado pela empresa. Dentre tais abordagens científicas de inquestionável relevo, podem-se citar o estudo desenvolvido por Rodrigues, como tese de doutoramento, em 2000; e a pesquisa apresentada como dissertação de mestrado por Ponte, em 2004.

Vale salientar, contudo, que sem essas ações postas em prática em virtude da reestruturação organizacional da empresa, provavelmente o Banco teria falido, por falta de condições para enfrentar a concorrência do mercado após a abertura econômica do país, uma vez que nada leva a indicar a disposição governamental em socorrer eventuais novos prejuízos acumulados operacionalmente no âmbito do exercício financeiro da instituição. Com efeito, o processo de reestruturação técnico-organizacional marcou a entrada da empresa no regime de acumulação flexível do capital, com conseqüências diretas na saúde do funcionalismo e estabelecimento de uma organização do trabalho propícia à manifestação de Dort e doenças mentais.

O levantamento epidemiológico dos registros de faltas dos funcionários por licenças-saúde em 2004 comprova o impacto da organização do trabalho adotada pela empresa na saúde de seus funcionários. Castro-Silva, Machado Neto, Vieira Neto *et al.* (2005) identificaram que 37,03% dos dias de absenteísmo por licenças-saúde são relacionados a afecções do sistema músculo-esquelético – categoria M da CID-10 –, e que 26,57% desses dias são relacionados a transtornos mentais e comportamentais – categoria F da CID-10.

A estrutura organizacional da empresa divide-se em três dimensões de comando: a estratégica, a tática e a operacional. Na prática, esses pilares correspondem a órgãos de direção nacional, órgãos de superintendência e apoio regionais e agências bancárias, respectivamente.

O acesso às informações é feito, prioritariamente, por meio de um sistema de informação corporativo de grande porte – SIC. Algumas ferramentas também ficam disponíveis na intranet da empresa. Funcionários de agências e órgãos regionais, cuja

tarefa está voltada para processos operacionais e táticos, dependem fundamentalmente do SIC. Funcionários cujas tarefas têm um caráter de gerenciamento, mapeamento e desenvolvimento de processos utilizam, além do SIC, sistemas de cálculos, planilhas, banco de dados, editores de texto, externos a ele.

A partir de 1999, a empresa implementou o ponto eletrônico, sistema de gerenciamento da jornada de trabalho, atendendo à pressão sindical. Inicialmente, esse controle foi adotado para funcionários descomissionados e caixas, com o objetivo de evitar a realização de horas-extras não-remuneradas. Atualmente, mais de 80% dos funcionários estão submetidos ao ponto eletrônico e somente têm acesso ao SIC após o registro de entrada. Como grande parte das atividades são desenvolvidas por meio do SIC, essa medida reduziu drasticamente a realização de horas-extras. O sistema sofreu diversas alterações e ajustes para evitar estratégias de burla, naturalmente criadas pelos trabalhadores, e cumpre seus objetivos satisfatoriamente.

Em relação aos afastamentos por licença-saúde e acidente de trabalho, o Banco adota uma codificação de situação de seus funcionários para caracterizar o tipo de licença-saúde – comum, moléstia infecto-contagiosa, doação de órgãos, acidente de trabalho (típico, de trajeto ou por doenças do trabalho) –; o tempo de afastamento – até quinze dias, acima de quinze dias –, e o tipo de complementação da remuneração – sem pagamento, com pagamento.

Durante os primeiros quinze dias consecutivos de afastamento da atividade, por motivo de doença, incumbe ao Banco pagar ao funcionário o seu salário. Afastamentos maiores do que esse período ou licenças não-consecutivas, que ultrapassem quinze dias no período de sessenta dias, obedecem ao Regulamento da Previdência Social (Brasil, 1999).

A partir do 91º dia consecutivo da licença, é facultativa a inclusão do funcionário no quadro suplementar (QS), para liberação da vaga no quadro de funcionários do local de trabalho. Essa inclusão é obrigatória a partir do 181º dia. Com a inclusão no QS, o

funcionário afastado é automaticamente descomissionado, apesar de continuar recebendo o valor da comissão durante o afastamento.

## 4.2 PARTICIPANTES

Os participantes deste estudo foram selecionados com base nos seguintes critérios de seleção:

- a) Afastamentos por Dort caracterizados como acidentes de trabalho (doença relacionada ao trabalho);
- b) Afastamentos ocorridos entre janeiro e maio de 2005;
- c) Funcionários em atividade durante a coleta de dados.

Cinco funcionários foram convidados e aceitaram participar do estudo. A média de idade foi de 33 anos de idade (mín. 23; máx. 46); quatro eram homens; dois trabalhavam em agências e três trabalhavam em órgãos da direção nacional da empresa. Todos os afastamentos foram enquadrados como acidente de trabalho pelo INSS com código CID-10 M65.8, outras sinovites e tenossinovites.

A Tabela 1 mostra o perfil demográfico dos funcionários que participaram do estudo.

**Tabela 1. Perfil demográfico dos entrevistados.**

Entrevistado	Idade (anos)	Estado Civil	Escolaridade	Tempo de Banco (anos)	Função	Retorno ao trabalho (dias) <sup>a</sup>
1	46	Solteiro	Nível médio	26	contínuo	78
2	23	Solteiro	Superior incompleto	3	caixa	129
3	41	Separado judicialmente	Superior completo	18	analista	115
4	25	Solteiro	Superior incompleto	5	assistente	99
5	37	Casado	Superior incompleto	18	analista de informática	36

a) Diferença entre a data da entrevista e o último dia de afastamento.

Obs.: O gênero dos participantes foi preservado como garantia do anonimato.

### **4.3 INSTRUMENTOS**

Os dados foram coletados por meio de entrevistas abertas, semi-estruturadas e individuais, com uma duração média de cinquenta minutos para cada uma. O conteúdo verbal apresentado pelos trabalhadores foi estimulado por meio de questões abertas referentes a temas previamente definidos: descrição do trabalho, sentimentos em relação ao trabalho, dificuldades encontradas no trabalho, estratégias utilizadas para enfrentar as situações de trabalho e relacionamento com os outros trabalhadores. O roteiro de entrevista balizou as perguntas formuladas.

#### **4.3.1 Roteiro de entrevista**

1. Fale-me da sua trajetória profissional.
2. Descreva-me suas atividades de trabalho antes do adoecimento.
3. Como era o relacionamento interpessoal em seu local de trabalho?
4. Como foi o seu processo de adoecimento? Diagnóstico, atendimento médico e tratamento.
5. O que você fazia para enfrentar a doença?
6. A que você atribuiu seu adoecimento?
7. Como você se sentiu durante o adoecimento?
8. Como você reagiu nessa época?
9. O que você fez e tem feito hoje para melhorar?
10. Como você se sentiu durante esse período, física e emocionalmente?
11. Hoje em dia, como está a sua vida?
12. Como você percebe o relacionamento e o apoio da chefia e dos seus colegas de trabalho?
13. Descreva-me suas atividades após o adoecimento. Algo mudou?
14. Como você imagina seu futuro na empresa?

### **4.4 PROCEDIMENTOS**

Para identificar os funcionários enquadrados nos critérios adotados, efetuou-se um levantamento de todos os afastamentos ocorridos no DF entre janeiro e maio de 2005, agrupando os nomes pelo tipo de afastamento – licença-saúde ou acidente de

trabalho –, pelo motivo classificado pelo CID-10, e pela sua duração. Dezesseis funcionários enquadraram-se nos critérios estabelecidos.

Foram enviadas correspondências eletrônicas pessoais corporativas assinadas pelo médico coordenador do PCMSO aos funcionários selecionados, convidando-os a participar da pesquisa.

Em consulta ao sistema eletrônico de administração de recursos humanos, verificou-se que dez dos dezesseis funcionários selecionados permaneciam afastados e que um encontrava-se de férias. Assim, a amostra ficou reduzida a cinco funcionários enquadrados nos critérios estabelecidos para a pesquisa.

Via telefone, foram apresentados os objetivos da pesquisa, explicado o método de investigação e agendado o horário das entrevistas individuais semi-estruturadas com os cinco participantes.

#### **4.5 - ANÁLISE DE DADOS**

As entrevistas foram transcritas e estão analisadas utilizando-se a técnica de análise de conteúdo (Bardin, 1977). Dois estudantes de psicologia devidamente, capacitados e com experiência prática no uso da técnica, foram contratados para atuarem como juízes. As categorias finais foram definidas pelo pesquisador e pela orientadora, após análise e comparação das categorias, temas e verbalizações identificados pelos juízes.

## 5. RESULTADOS

Não fui só eu quem ignorou no começo e que achava normal. Todo mundo começou mais ou menos assim: a mão dóia um pouquinho, mas eu parava de fazer o que eu estava fazendo e dois minutos depois não estava sentindo mais nada. Eu voltava, normal. Aí foi piorando, foi ficando mais freqüente. De repente ficou insuportável. E quando ficava insuportável, eu fazia os exames e voltava. Mas aí quando voltava, piorava. Ia piorando. Quando vi, já era uma lesão mesmo; era um negócio que não tinha mais volta e que não tinha mais como evitar.  
(Entrevistado 2)

A análise de conteúdo revelou três categorias-síntese das cinco entrevistas. Devido à escolha de um critério não-demográfico para a definição da amostra, os participantes desta pesquisa constituíram um grupo heterogêneo. Se, por um lado, essa característica dificultou a análise dos dados de uma forma mais abrangente à população de bancários, por outro, permitiu o contato do pesquisador com diferentes estágios do adoecimento por Dort em trabalhadores de diferentes faixas etárias, tempo de banco e situação de carreira.

Buscou-se identificar, portanto, características semelhantes da organização do trabalho antes e após o adoecimento, do processo de adoecimento e dos sentimentos e percepções antes e depois do adoecimento, categorias identificadas nas cinco entrevistas realizadas.

Inicialmente, as sínteses dos casos serão apresentadas com o objetivo de contextualizar o processo de adoecimento, a trajetória profissional, as percepções e os sentimentos de cada participante.

### 5.1 SÍNTESE DOS CASOS

#### Caso 1

O entrevistado é da carreira de apoio e trabalha como contínuo no Banco há 26 anos. Destes, 23 anos foram exercidos no setor de finanças. Há três anos, ele foi transferido para o jurídico, setor no qual acidentou-se e no qual ainda trabalha. Durante todo o tempo que ficou na área de finanças, nunca sentiu nada parecido



com Dort, pois não realizava nenhum tipo de repetição que pudesse provocar algum sintoma.

Há cerca de dois anos, sofreu uma fratura no braço direito. Nessa época, ele trabalhava na biblioteca, recebendo, enviando, catalogando e copiando livros jurídicos utilizados pelos mais de cem advogados do Banco. Machucou o braço ao apoiar-se em uma estante cheia de livros. A recuperação foi normal, pelo processo de calcificação natural, mas fragilizou a região da fratura. Continuou trabalhando, sem se afastar por licença-saúde, pois “ninguém olhava para isso, era todo mundo louco” no setor.

Antes dos Dort, que ocorreram durante os dois últimos anos, a carga de trabalho exercida no setor jurídico era excessiva. O entrevistado era responsável por diversas tarefas, tais como atender telefone, fazer compras, levar e buscar processos em tribunais, entre outras. Devido à ausência de administrador em seu setor, a divisão do trabalho era “desorganizada”.

Há menos de dois anos, foi cogitada a demissão de alguns funcionários, o que não ocorreu, mas causou desespero entre os Contínuos. A carreira está em extinção e estagnada. Sente-se desvalorizado e discriminado pelo Banco. Dessa forma, o reconhecimento é buscado pelo trabalho, pela dedicação às tarefas impostas e pelo esforço em mostrar que “é bom trabalhador”. Afirma não ter muita liberdade para falar sobre o serviço.

Durante seis meses, sua atividade era recolher processos no Superior Tribunal de Justiça – STJ. Ele atravessava os dois prédios empurrando um carrinho com cinquenta, sessenta processos. Era um “serviço braçal muito forte, que exigia muito”.

Em função dessa atividade, começaram a surgir algumas dores no braço. Nesse momento, o entrevistado parou de realizar o serviço de despachante e passou a receber e dar baixa em dossiês e processos jurídicos – cerca de 120 volumes de manhã e 200 à tarde. Este era considerado o serviço mais pesado do setor, com uso prolongado do computador. Exigia o acesso ao mesmo registro cerca de cinco vezes para cada dossiê em três janelas diferentes do computador, durante toda a jornada de trabalho. Acumulava a tarefa de mais dois estagiários.

Como consequência, as dores e os choques em todo o braço ficaram mais intensos. Sentia muita dor, mesmo não se considerando “fresco nem frouxo para dar o braço a torcer rapidinho. Mas estava pesado!” A dor teve início no pulso, onde sentia uma fisgada, subiu para o ombro e expandiu-se também para as costas.

Procurou atendimento médico. A médica verificou a necessidade de realizar uma cirurgia no braço fraturado pelo acidente com a queda da estante de livros. Apesar da necessidade de recuperação, ficou afastado apenas durante quinze dias para não “pegar” o INSS e ficar “todo enrolado, ter que ir ao Ministério do Trabalho, fazer um monte de coisa”. O resto do período de recuperação foi realizado com o uso de abonos. Apesar disso, afirma que o chefe era “gente boa” e que deu suporte para que fosse tirada a licença.

Após o acidente de trabalho, voltou a trabalhar na biblioteca. Atualmente arquiva dossiês. No entanto, sente dores no ombro. Fez alguns exames que mostraram o surgimento de um bico-de-papagaio e de uma inflamação na musculatura do braço. Faz fisioterapia e toma anti-inflamatórios e remédios para aliviar a dor.

Apresenta limitação nos movimentos dos braços. Sente dor constantemente e não consegue mais erguer os braços acima da cabeça. Atribui o adoecimento à digitação. Sente dificuldade em falar sobre a doença. Afirma que o problema

físico está trazendo problemas emocionais e que “tudo é ferida quando você não está sentindo prazer”.

Relata não ter perspectiva para o futuro no Banco. Sente-se “como se estivesse deprimido” – coisa que nunca admitiu antes – e relaciona este sentimento ao seu adoecimento e à solidão na vida pessoal. Afirmo que Dort é uma “dorzinha desgraçada” e que é muito ruim, fazendo-o sentir-se incapacitado por não conseguir realizar atividades que costumava desempenhar e por, algumas vezes, precisar pedir ajuda. Acredita que a doença pode ter surgido devido ao trabalho repetitivo da digitação, pois, em sua função anterior ao acidente, não sentia dores. Para lidar com os sentimentos, procura realizar outras atividades, como ler, conversar e orar. Toma todos os medicamentos corretamente para aliviar a dor, mas não percebe melhora efetiva no tratamento.

## Caso 2

O entrevistado trabalha no Banco há aproximadamente dois anos e este é seu primeiro emprego. Após os quatro primeiros meses, foi trabalhar no Caixa, função que exerceu durante quase um ano e meio, até o acometimento por Dort.

Antes de adoecer, trabalhava seis horas diárias. Chegava ao trabalho pouco antes das onze horas, batia o ponto, recebia o baú de dinheiro e iniciava o trabalho: contar dinheiro, receber boletos de cobrança de clientes, digitar números, separar notas. Após cinco horas atendendo aos clientes, processava os envelopes dos caixas eletrônicos, em geral durante uma hora. Após o trabalho, ia para casa, onde descansava uma hora. Em seguida, ia para a faculdade, onde ficava até as 23h. Ao chegar em casa da faculdade, ia para o computador, entrava na internet, lia e-mails ou estudava.

Considera o trabalho de caixa muito repetitivo e rotineiro. A rotina é muito igual e todo dia é a mesma coisa. Alguns dias do mês são mais intensos, dias de pico, normalmente quando coincide com dias de pagamentos de contas e de recebimento de proventos.

Seu adoecimento ocorreu há quase um ano. Nessa época, saía constantemente cansado do Banco. Estava substituindo a gerência dos caixas por um mês, período em que procurou adiantar ao máximo o serviço para ir embora mais cedo. Trabalhava oito horas por dia.

Afirma que existe pressão por metas no Banco, mas acredita que o relacionamento interpessoal contribui para o bem-estar dos funcionários. A quantidade de funcionários é insuficiente, o que impede que todos façam pausas de dez minutos a cada cinquenta de trabalho, como estabelecido em acordo com o Banco. Os caixas têm intervalo de quinze minutos para o almoço, mas o chefe permite que os funcionários utilizem meia hora. Relata que brigas com clientes são freqüentes e que o estresse mental é maior do que o físico. Afirmo que, nesses casos, os colegas são solidários, unidos e se colocam no lugar do outro. As trocas de experiências com outros funcionários são muito importantes.

No início da doença, sentia dores leves em uma região do antebraço, no pulso e na mão direita. Com o passar do tempo, as dores foram piorando, principalmente em dias de provas na faculdade ou de muita pressão no Caixa. Sentia dormência no braço durante o sono e acordava sem sentir o membro direito. Esses sintomas eram ignorados ou tratados como câimbras passageiras. Contudo, as dores foram ficando cada vez mais freqüentes até o dia em que a mão direita inchou muito e “não funcionou mais”. O adoecimento foi um grande choque, pois modificou toda a sua rotina de vida. Sentia-se como se não tivesse um braço,

pois não podia movê-lo, tamanha a dor. Associa o surgimento da doença ao trabalho repetitivo e ao fato de fazer faculdade de computação.

Sua primeira crise foi em agosto de 2004. Quando foi ao médico, teve o braço imobilizado, foi medicado com antiinflamatório e orientado a fazer fisioterapia. Voltou ao trabalho após quinze dias de licença, mas não agüentou: após três horas trabalhando, estava com a mão e o pulso direito doendo. Ficou mais quinze dias de licença fazendo fisioterapia. Neste período, deixou de usar o computador. “Era só televisão e ‘geração Coca-Cola’: MTV, hambúrguer e Coca-Cola”. Continuou freqüentando a faculdade, mas sem fazer qualquer anotação. De volta às atividades, utilizou o período de greve para concluir sua recuperação. Em outubro, no segundo retorno ao trabalho, foi colocado no atendimento a clientes para uma readaptação gradativa. Voltou ao Caixa apenas em fevereiro de 2005, após nova licença-saúde de seis dias. Dessa vez, a mão esquerda passou a evidenciar um desgaste pela compensação do trabalho executado pela mão direita. Retornou ao posto de atendimento da agência, por ser um local “bem mais calmo” e apropriado à readaptação.

Percebeu um despreparo dos médicos em relação ao diagnóstico de Dort. Cada médico diagnosticava algo diferente, apesar da manifestação dos sintomas, como dor e inchaço. Essa percepção confirmou-se no contato, tanto no INSS quanto na agência, com outros funcionários que também adoeceram.

Atualmente, continua sentindo “pontadas” tanto na mão direita quanto na esquerda. Contudo, percebe que está em um processo de melhora, inverso ao de adoecimento. Relata fazer pausas de dez minutos a cada cinquenta trabalhados e procura fazer alongamentos, apesar de freqüentemente se esquecer de fazê-los. Sua rotina mudou depois dos Dort: “antes, era trabalhar o dia inteiro com a mesma coisa no caixa, mecanicamente”. Hoje, já não realiza tanta atividade repetitiva, pela própria tranqüilidade do novo local de trabalho. Em sua recuperação, contou com o apoio do seu gerente imediato na busca de soluções para sua readaptação, em um ambiente de trabalho e tarefas que lhe permitissem “diminuir o ritmo”.

Aprovado numa seleção interna, em breve será transferido para a área de tecnologia do Banco, mas não sabe qual atividade desempenhará.

### Caso 3

O entrevistado trabalha no Banco há dezessete anos, sempre de “agência em agência”. Já trabalhou no interior de Pernambuco, depois foi para a Paraíba, veio para Brasília e depois voltou para a Paraíba. Foi caixa durante nove anos. Hoje, trabalha na área de crédito, em Brasília, após ser selecionado em uma concorrência interna.

Seu adoecimento por Dort está em um estágio bastante avançado e os primeiros sintomas tiveram início em 1999. Nessa época, seu trabalho em agência era dividido entre o atendimento a clientes e o serviço de caixa. Costumava ser o “coringa” e por isto ficava sobrecarregado. Autenticava centenas, às vezes milhares de cheques por dia. Sempre em movimento repetitivo e constante, utilizava equipamentos e móveis antigos, altos e grandes, sem qualquer tipo de adaptação ergonômica ao trabalhador. Além disto, afirma que a quantidade de funcionários era insuficiente. Segundo o entrevistado, “a agência é terrível”, pois “o estresse é grande demais”, “não tem condições”. Além disso, “queira ou não queira, o Banco não trabalha sem essa pressão”.

Quando a doença foi diagnosticada, em 2000, ele era o gerente responsável pelos processos operacionais da agência. Pensava que as dores que sentia

eram “um problema do dia-a-dia e não necessariamente um problema que estava sendo causado” pela rotina de caixa. Associava ao cansaço. Afirma que sempre arranjava uma desculpa para as dores, que perduraram por mais de um ano. Para aliviá-las, automedicava-se com Dorflex. Isto provocou um intervalo muito grande entre o início dos sintomas e o início do tratamento.

Nessa época, estava substituindo o gerente, que estava viajando. Foi diagnosticada lesão no ombro direito, sendo que a dor começou no ombro esquerdo. Hoje, acredita que a doença surgiu devido aos movimentos realizados para autenticação de cheques, pois, muitas vezes, passava até doze horas digitando. No início, sentia dores no braço, puxando para a nuca, e cansaço. Teve uma crise cuja recuperação demorou mais de dois meses. Apenas a partir do segundo mês foi que a inflamação começou a diminuir. Relata que a doença “não tem retorno” e que é preciso “cuidar para não piorar”.

Quando foi diagnosticado, abriu uma CAT e iniciou o tratamento. Recebeu uma licença e ficou afastado durante 60 dias. Passou a ser assistido pelo INSS e a ir à assistência médica da empresa para receber instruções. Ficou em repouso por um período, e tomou antiinflamatório, além de fazer RPG, hidroterapia, fisioterapia e acupuntura. Acredita que esta última o ajudou bastante. Teve várias crises e sente que está prestes a passar por outra.

Afirma que, hoje, sente dores todas as tardes no ombro e no braço, além de dormência. As calcificações continuam aumentando. A classificação da doença como Dort surgiu em função do diagnóstico de tendinite crônica, sem o envolvimento de prática de esportes ou outra atividade extrabanco.

Tem várias limitações em suas atividades diárias. Não pode dirigir, carregar crianças, praticar alguns tipos de exercícios, entre outras. Relata que a doença alterou seu sono, pois não consegue achar posição confortável para dormir. Procura ter postura correta e evitar atividades que possam provocar dor. Resiste à realização de cirurgia. Sente muita tristeza e fica angustiado quando percebe que o tratamento não apresenta resultado. Quando voltou ao trabalho, seu gerente lhe pediu que continuasse afastado, que pensasse em seu futuro, mas o entrevistado relata que não se entrega. Acredita que o trabalho o ajuda a sentir-se melhor. Afirma que “você não se sente doente e se sente doente”, e por isso continua trabalhando, pois não quer sentir-se inválido.

Relata depressão devido à doença. Mas apesar de ficar por cinco horas sentado e digitando, considera que o trabalho o ajuda a sair da depressão. Identificou-se com alguns colegas na mesma situação, mas afirma que, por não demonstrar que está doente, alguns deles podem discriminar, por não acreditarem na doença.

Relata que foram descobertos muitos outros casos, na Paraíba, e que encontrou vários colegas bancários realizando hidroterapia, devido ao mesmo problema. Quando realizou o exame periódico, o médico o considerou apto, porém quando foi ao ortopedista ele lhe disse que parasse de trabalhar imediatamente. O médico recomendou que não trabalhasse com dor, mas é “teimoso” e continua trabalhando, mesmo sabendo que não deveria. Relata perceber a cada dia que a tendência é chegar um momento que vai se “afastar de vez do Banco”.

Hoje, no setor de direção da empresa, afirma que a carga de trabalho é mais leve. Sua equipe de trabalho atual possui cerca de sete pessoas. Considera o relacionamento interno da equipe “nota nove” e relata ter contado com o apoio do gerente, bem como dos colegas, nos momentos de crise. Hoje, trabalha com consultoria às agências e, por isto, sua ferramenta de trabalho mais utilizada é o telefone, com *headset*. O computador também é utilizado, pois sua função é resolver problemas das agências, “com a parte de formalização da operação,

instrumento de crédito, documentação, registro cartorário”. Afirma que o ritmo de trabalho é muito intenso. Sua equipe realiza “muitas consultas o dia inteiro” e que não pára um minuto. Relata grande pressão por metas, não somente por parte do Banco, mas também por parte do cliente. Como “cada caso é um caso, cada operação é uma operação, cada cliente tem um tratamento, tem uma peculiaridade diferente”.

Entretanto, afirma que, em seu cargo atual, a pressão é menor. Tem interesse em “rodiziar” para conhecer outras equipes e tentar não ficar tão ligado ao computador e ao telefone. Foi instruído a realizar pausas de dez minutos a cada cinquenta de trabalho pelo engenheiro de segurança do trabalho, que foi até seu setor para avaliar as condições laborais. Recebeu uma série de informações, mas teve que procurar a área competente. “Não foi uma preocupação vir ver o meu ambiente de trabalho e ver o meu caso”. Percebe uma preocupação do Banco, mas não um trabalho eficaz de prevenção.

Sobre o futuro, gostaria de sair do Banco em seu tempo normal de aposentadoria, mas se não conseguir, terá de pensar em outras alternativas. Devido à doença, já pensa na aposentadoria e em montar um negócio próprio.

#### Caso 4

O entrevistado trabalha no Banco há cinco anos, sempre na área de atendimento a micro e pequenas empresas de uma agência de Brasília. Essa atividade era considerada gratificante, por ser diferente de iniciar trabalhando no atendimento a clientes ou no Caixa. O funcionário trabalhava principalmente com empresas, realizando operação de crédito e resolvendo problemas.

Sua rotina era resolver “pendências do dia anterior”, como devolução de cheques, erros de processamentos e depósitos, preparação de cadastros para limites de crédito e atendimento ao cliente. Relata que o atendimento telefônico é muito pesado. O horário normal de almoço é à uma da tarde, mas já teve dia de sair às cinco e meia. Antes de a empresa estabelecer o ponto eletrônico, era “normal” ficar após o horário. Afirma que sempre trabalhou além do horário, cerca de dez horas por dia. Relata uma grande sobrecarga de trabalho. Normalmente não há outros funcionários com quem dividir o serviço, impossibilitando a realização de pausas e alongamento. “Todos os dias há muito mais trabalho do que os funcionários podem cumprir”.

Considera as metas impostas pelo Banco absurdas e “totalmente massacrantes”. Um dos problemas das metas é que o trabalho é feito correndo para se atingir os números e depois se perde muito tempo refazendo o trabalho mal feito. Além disso, “às vezes o Banco altera as regras de uma hora para outra”, deixando os funcionários insatisfeitos.

O relacionamento com os colegas, por outro lado, é bom. Afirma que tinha uma grande preocupação de não abandonar a equipe. Tinha um relacionamento muito bom com seu gerente anterior, mas relata problema de relacionamento que “não dá vontade de conversar”, sendo este um dos motivos para fazer terapia.

Acha que as pessoas devem pensar que ele é anti-social. Relata que só conversa com o cliente porque é uma obrigação; às vezes tem que falar “milhões de vezes a mesma coisa de modo diferente” para o cliente entender. Para o cliente, o funcionário é o Banco.

Relaciona o surgimento de dores ao excesso de trabalho. Inicialmente, as crises eram amenas e com intervalos grandes entre elas. Elas foram ficando mais

intensas com o passar do tempo, enquanto o intervalo tornava-se mais curto. A dor teve início no punho direito, mas se expandiu para o punho esquerdo, por utilizar a mão esquerda para as atividades que realizava com a mão direita. A primeira vez que foi ao médico, teve o braço engessado. Mesmo assim, continuou trabalhando. Em crise, recebia atestados de cinco dias. Sentia dores no ambiente de trabalho e em casa, chegando a ter dificuldades para dormir, tamanha a dor. Buscou tratamento com acupuntura e alongamentos. Contudo, encontrou dificuldades em realizar as pausas na agência, pela pressão do cliente. Foi medicado com antiinflamatórios. Seu diagnóstico é de sinovite com síndrome do túnel do carpo. Procurou fazer exercícios físicos e está fazendo terapia duas vezes por semana, pois a única coisa que conseguia fazer era ficar chorando o dia todo e não tinha vontade de fazer nada. Relata que em seu trabalho, é difícil fazer as pausas recomendadas pelo médico, pois se fizer isso os clientes o “matam”.

Sente dor constantemente. Teve que largar a faculdade porque não conseguia mais escrever. Mudou de função por causa de suas crises e tirou duas licenças médicas.

Depois do adoecimento, a gerência o colocou para trabalhar na sala de atendimento. Hoje, ainda faz terapia. Afirma que a dor é muito intensa e que, quando flexiona, lateja. Sente dores no ombro, pois trabalha em pé. Afirma que, quando a dor não é no braço, é no ombro. Não faz hora-extra e cumpre a carga horária, de oito horas, “religiosamente”. Considera que não tem “perspectiva nenhuma” no banco. O entrevistado reclama do jaleco amarelo que é obrigado a usar e das dores que sente no ombro por ter de permanecer o dia todo em pé.

O entrevistado relata estar “um pouco frustrado”, “com vontade de sair” do Banco. Acredita não retribuir o que o Banco lhe dá, já que ele lhe paga muito bem para ele trabalhar sem o desempenho esperado. Relata que se pudesse faria qualquer coisa para sair, pois está sem visão de futuro e já perdeu a esperança. Se o banco lhe der chance irá procurar auxiliar, mas não acha justo que nem ele nem o banco estejam insatisfeitos. Já teve propostas de trabalho para outras áreas, mas acha que no momento não ficaria bem em outro local. Relata ter sempre trabalhado “com muito carinho” e ter se dedicado muito, dando o melhor de si. Hoje, porém, “o trabalho está sendo um fardo” e ele considera que do jeito que está não dá para continuar, pois já chegou em seu limite.

Apesar de gostar de trabalhar na empresa – afirma que deve ao Banco tudo o que tem – relata vontade de sair, pois não está satisfeito com o cargo que desempenha. Acredita que poderia contribuir mais em outro cargo, em outro local de trabalho. Além disto, acredita que o banco também não está satisfeito, pois não se considera um bom vendedor. Está sem estímulo e sem visão de futuro. Pensa que o Banco não está preocupado com os funcionários.

## Caso 5

O entrevistado começou a trabalhar no Banco em 1984, ainda menor de idade. Retornou em 1987, já na carreira administrativa. Tomou posse na principal agência de Brasília, na área de comércio exterior. Depois, foi integrado ao centro de processamentos, a contragosto. Ali ficou por sete anos: “um atraso profissional total, um atraso de vida total”. Conseguiu ser transferido como assessor da Diretoria de Varejo. Após um ano e meio, em 1997, participou de uma seleção para concorrer ao cargo de analista da área tecnológica e foi selecionado. Relata que, nos últimos dois anos, seu trabalho “foi muito puxado”. O quadro funcional foi reduzido e o trabalho “que deveria ser feito por duas pessoas, em quatro meses, está sendo feito por uma pessoa em trinta dias”. A avaliação de desempenho, por outro lado, não valoriza quem trabalha mais do

que o esperado. Exerce atividades de líder efetivo e de quem “detém o conhecimento para dar continuidade e garantir o sucesso do projeto”. Oficialmente, é líder em um projeto, mas, na prática, atua em mais de dois projetos.

Sua rotina “é só digitar”, ficar o tempo inteiro “consultando os programas, consultando, digitando, pesquisando, codificando também ou passando instruções em texto para as pessoas ou direto na programação aqui do sistema”. É sempre a mesma coisa, “não muda”. Sua perspectiva é sair da área técnica e ir para a gerencial, onde seu “conhecimento possa ser passado adiante”. Sua expectativa é ser presidente do Banco. Considera que tudo o que fez no Banco fez de forma correta e esse é o seu legado. Acredita que o Banco mudou, e não deseja que sua filha seja funcionária, apesar de vir de uma família de bancários.

Em seu setor, “a maioria das pessoas tem pressão alta, por conta de prazos” que são “para hoje!”. Gosta do dia-a-dia e acha a relação social importante. Identifica chefes despreparados e questiona as formas de ascensão adotadas pela empresa. Afirma que a quantidade de funcionários é insuficiente, sobrecarregando a todos.

Afirma que o Banco não tem prevenção contra Dort. No entanto, relata que, em alguns setores, é oferecida ginástica laboral, mas nem todos os funcionários a praticam.

No início, não tinha idéia do que era a dor e imaginava que fosse passageira. Aos poucos, foi se acostumando a conviver com ela. Relata que sua dor era constante e apenas quarenta e cinco dias após estar em tratamento começou a perceber uma melhora. Com isso, não pôde levantar peso algum. Por causa da doença “os tendões vão puxando e ficando tensos o tempo inteiro” e “a curvatura da mão vai mudando”. Relata que “os trinta primeiros dias de recuperação são terríveis”, pois não “vê nenhum resultado”. Apesar disso, o médico que lhe atendia ressaltou a rapidez de recuperação de seu organismo.

Quando foi fazer os exames, as dores já eram constantes. Teve uma inflamação que provocou um inchaço no antebraço, e teve, também, artrose, que considerou bastante prejudicial para o trabalho. Inicialmente ficou afastado sessenta dias. Esse período não foi suficiente para a recuperação. Por isso, recebeu mais sessenta dias depois. Durante o afastamento, dormia muito e fazia fisioterapia. A recuperação é traumática, pois é demorada. Considera o afastamento positivo pelo fato de tornar obrigatório o repouso.

Teve dificuldades administrativas para conseguir seu afastamento devido à falta de conhecimento e à burocracia. Lembra que, ao adoecer, procurou o posto de assistência médica da área de tecnologia, que o encaminhou para o médico do trabalho responsável. Fez a perícia do INSS e a médica recomendou repouso. Abriu a CAT e, depois, precisou marcar várias vezes para fazer a perícia de volta. Uma preocupação sempre presente foi o prazo para o retorno ao trabalho, que é de noventa dias, “muito curto para fazer a recuperação de Dort”. A burocracia persiste no pedido de autorização para realização de hidroginástica, exigido pelo plano de saúde.

Acredita que a “questão da doença é realmente excesso de trabalho”. “O fator (crítico) é a carga de trabalho, ou seja, quantidade de serviço para um mesmo funcionário. Isto é o que direciona o problema”, além da falta de pessoas capacitadas para realizar as tarefas. O médico que o atendeu afirma que o *mouse* é bastante prejudicial. Fez fisioterapia, hidroterapia e acupuntura, mas não gostou desta última. Além disso, foi medicado com antiinflamatórios e relaxantes musculares. As limitações físicas repercutiram na vida pessoal.

Após o adoecimento, a atividade laboral continuou a mesma, mas o ritmo de trabalho está mais policiado. Sabe que não será mais o mesmo, pois a doença “não recupera”. Considera “que ter ginástica laboral é importante”, porém as pessoas não dão muita atenção a isso. Acha que ter uma família estruturada ajuda muito na recuperação.

Voltou ao trabalho há pouco tempo e sente-se bem. Acredita que “o cérebro não esquece. Se você chegou em um patamar, ele quer chegar de novo naquilo ali”. Ficou preocupado com a possibilidade de aposentar-se por invalidez e considera que se a pessoa “não tem uma boa posição financeira ou psicológica, ou as duas juntas”, “não consegue se manter equilibrado”. Após o seu retorno, quatro ou cinco colegas pediram recomendação de médicos, pois estavam com os mesmos sintomas.

## **5.2 CATEGORIAS-SÍNTESE DAS ENTREVISTAS**

### **Categoria 1 – Processo de adoecimento por Dort**

Esta categoria é composta por seis temas que apresentam o processo de adoecimento por Dort, desde o aparecimento dos primeiros sintomas até o retorno ao trabalho. O INSS reconheceu onexo causal da doença, classificando o afastamento dos cinco entrevistados como acidente de trabalho. Os entrevistados foram acompanhados pelo INSS e pelo serviço médico da empresa, que também é o plano de saúde.

#### **Causas do adoecimento**

Os participantes atribuem os Dort ao estresse, aos movimentos constantes e repetitivos, ao uso de equipamentos inadequados e sem uma preocupação ergonômica, ao excesso de trabalho para um mesmo funcionário, à falta de pessoas capacitadas para dividir as tarefas, ao uso do computador, à posição estática e sentada, à pressão, ao ritmo acelerado de trabalho, aos prazos cada vez mais curtos.

Porque eu estava fazendo excesso. Eu estava fazendo serviço de dois estagiários e o meu. E nisso começou a doer (Entrevistado 1).

Mas eu diria que a grande causa disso aí seria mais a mecanicidade da coisa. É muito repetitivo (Entrevistado 2).

E eu acho que o pior de tudo é a leitura ótica. (...) Então quantas centenas, talvez até milhares, de cheques eram processados por dia. Eu estava naquele movimento constante. A bateria mais alta, tudo era desproporcional. Eu não tinha a preocupação que existia pelo menos aqui, em Brasília, de trabalhar com equipamentos que prevenissem esse tipo de doença (Entrevistado 3).

Então a questão da doença é realmente excesso de trabalhos e falta de pessoas capacitadas para realizar a mesma tarefa. (...) O fator é carga de trabalho, ou



seja, quantidade de serviço para um mesmo funcionário; isso é que direciona o problema. (...) Quer dizer, eu tenho um tempo pequeno para executar uma série de tarefas que, pela quantidade, não seria possível (Entrevistado 5).

Em duas situações, os participantes tiveram a primeira crise em um período de substituição de seus respectivos gerentes. Nesses casos, o aumento da jornada de trabalho para oito horas diárias, associado aos excessos físicos para cumprir todas as atribuições do cargo, foi considerado um fator desencadeador do processo patológico.

O meu chefe viajou por um mês e eu fiquei no lugar dele. Então eu passei a trabalhar oito horas. Eu não sei se isso teria alguma coisa ligada. Os médicos até disseram que teria. (...) A minha idéia era sempre tentar adiantar ao máximo o serviço para tentar ir embora mais cedo. E eu admito que nessa época aí, não sei se inconscientemente, eu realmente me excedi um pouco (Entrevistado 2).

A gota d'água foi mesmo quando a gerente entrou de férias e eu fui substituir a gerência de agência. E nisso acabou tendo a reforma do prédio do Banco. O período da mudança foi justamente na minha gestão. Eu fiquei com muita dor e ainda tendo que dar conta de tudo. Eu fiquei, além de tudo, muito estressado. Substituto não é o titular (Entrevistado 3).

O trabalho em agência, principalmente o de Caixa, é criticado pela pressão exercida sobre o funcionário e pela natureza da tarefa: é um trabalho que “não acaba nunca”. Contudo, aspectos relacionados à vida pessoal também interferem no processo de adoecimento. As exigências pela formação contínua e desenvolvimento pessoal fazem com que o uso do computador e da digitação continuem após o horário de serviço, nos bancos de escola e mesmo em casa.

É, acho que se eu ficasse na agência, já tinha me afastado do banco definitivamente. (...) Falando do Caixa, que foi onde eu acho que originou tudo, era pressão sim, com certeza (Entrevistado 3).

Eu não diria que é só do Banco porque eu tenho essa atividade, no caso, a do computador. No Caixa é contínuo; são seis horas contínuas. Não tem como, só quando acaba a fila, que não acaba nunca. Só no final do expediente e mesmo assim tem os envelopes. Chega em casa também fica essa rotina contínua, por causa da Internet. Eu também tenho o meu estudo. Faço faculdade de computação, engenharia da computação. (...) Eu tenho digitado muito, muito mesmo (Entrevistado 2).

### **Sintomas iniciais**

Os sintomas de Dort surgem com “fiscadas”, sensação de dormência e de peso, choques, “puxadas”, pequenas crises de dor com longos intervalos entre elas, normalmente em apenas um dos membros superiores. Posteriormente, as crises

aumentam, os intervalos entre elas ficam mais curtos, a região inflamada incha e a dor passa a acompanhar os movimentos musculares. Além disso, o processo inflamatório irradia-se para outras regiões dos membros superiores, como ombro, costas e pescoço.

(...) mas antes eu tinha crises pequenininhas, com intervalos grandes entre elas. Aí depois as crises foram aumentando, o intervalo ficando curto. A dor também foi aumentando. Eu comecei com o punho direito e depois no punho esquerdo (Entrevistado 4).

Primeiro eu sentia só aqui, a fisgada que dá no pulso. (...) Aí depois ela começou a doer aqui (ombro direito) e a responder nas costas.(...) Foi passando o tempo, estava se tornando cada vez mais freqüente, (...) até o dia que o negócio inchou e a mão não funcionou mais (Entrevistado 2).

A dor acompanha todo o processo inflamatório e é descrita como uma sensação contínua de câimbra. É o principal sintoma dos Dort e desencadeador de complicações para os funcionários acometidos. A dor limita os movimentos dos membros superiores, perturba o sono, incomoda o tempo todo. É descrita como uma “dorzinha desgraçada, que não pára”, e tem conseqüências tanto na vida profissional, como na vida pessoal dos participantes.

É aquela dorzinha desgraçada que não pára. (...) Ela incomoda o tempo todo, a partir do momento que tu senta ali e que já vai fazer, ela começa a fisgar. Só que é aquela fisgadinha que parece que não vai incomodar, entendeu? Só que ela vai aumentando (Entrevistado 1).

E é uma dor que fica o dia inteiro. Que nem eu falei, tinha dia que eu sentava nessa mesinha do café aqui e começava a chorar porque eu não estava mais agüentando de dor (Entrevistado 4).

(...) a dor é como se fosse uma câimbra, só que ela não pára, continua o tempo inteiro (Entrevistado 5).

Em função da dor, podem ocorrer desistências de projetos pessoais, acadêmicos e profissionais, como, por exemplo, do curso de graduação. Em última instância, a dor impede o descanso dos trabalhadores e, como conseqüência, a melhora do quadro inflamatório.

Tinha dia que eu ficava batendo nas paredes, de tanta dor que eu sentia, e continuava trabalhando. Mas é uma dor horrível. Ia para a aula, não conseguia assistir a aula porque estava sentindo dor. (...) Eu tranquei a faculdade porque não agüentava escrever (Entrevistado 4).

Era ruim porque eu não conseguia nem dormir direito de tanta dor que eu sentia. Então, eu não descansava direito e vinha para o trabalho cansada, por causa da dor (Entrevistado 4).

## Crise

A crise é o momento crítico no qual o processo de adoecimento atinge o seu ápice. O serviço médico tem uma participação fundamental nesta fase e é procurado quando os funcionários não suportam mais as dores. A orientação é sempre de afastamento imediato. Não há constrangimento ou questionamento quanto à veracidade dos sintomas. Os médicos compreendem a situação e emitem o atestado de saúde, apesar do difícil diagnóstico. Também pode haver o encaminhamento do funcionário para uma avaliação com especialistas. Em algumas situações, é dada a orientação para abertura de CAT, para posterior perícia donexo causal pelo INSS.

Os Dort envolvem, normalmente, afastamentos acima de quinze dias. Nesse caso, os trabalhadores recebem benefício e devem ser assistidos pelo INSS. Contudo, o fluxo administrativo é confuso. Parte do tempo que os trabalhadores passam afastados é gasta com procedimentos administrativos, preenchimento de formulários, perícias, pedido de autorização ao plano de saúde para a realização de fisioterapia. Existe um desconhecimento dos procedimentos adotados pela empresa e pelo INSS, até mesmo de funcionários responsáveis por esse atendimento.

É recomendado o acompanhamento de um médico durante todo o processo de adoecimento, que conheça a história do paciente.

Na hora que eu fui ao serviço médico e eles disseram para abrir, de imediato, a CAT. (...) Outros problemas que tem que posso citar também são em termos administrativos, de quem faz o quê, onde faz o quê, quem começa, qual é o passo seguinte. (...) você rola de um lado para o outro, sem saber dos seus direitos, sem saber quais são as necessidades. A menina não sabia o que era a CAT, eu tive que entrar na internet, saber o que era a CAT, pegar as instruções, levar para ela e ainda ajudar a preencher. Então isso é ruim. Na volta eu tive que marcar várias vezes para fazer a perícia de volta. Foi uma dificuldade (Entrevistado 5).

Eu fui para o exame periódico e o médico disse: – você está apto. Mas como eu estava com muita dor, ele me encaminhou a um ortopedista, achando que era coluna. Aí eu fui ao ortopedista e ele disse: – ah, você não volta para o Banco (...) porque você não tem condições de trabalhar. Eu estava completamente enrijecido. Eu não mexia pescoço, eu não mexia ombro. Eu estava completamente robô (Entrevistado 3).

Desci, passei no posto médico do prédio. Eles já me encaminharam direto para o médico do trabalho (...). Lá no INSS eles fazem a perícia para verificar se o que

o médico da empresa disse foi verdade. Cheguei lá, fiz exame e a médica falou: – você vai ficar de molho (Entrevistado 5).

E à época, como eu não praticava esporte, não era jogador de vôlei nem nada, então foi incluída, foi associada ao meu movimento repetitivo das minhas funções. Foi classificada dentro das doenças osteomusculares relacionadas ao trabalho (Entrevistado 3).

Então, na verdade, eu passava pelo atendimento médico da empresa e pelo médico do INSS também. Era bom, até porque você ouvia dois pontos de vista diferentes (Entrevistado 2).

Eu tinha que ter um médico que me acompanhasse de verdade, que conhecesse a minha história. Porque eu não posso chegar em qualquer médico lá do HGO, porque eu não quero que ele opere meu braço (Entrevistado 3).

Observam-se dificuldades no diagnóstico das patologias. Os médicos examinadores costumam ter diferentes versões para os sintomas de Dort. O enquadramento dos Dort é difícil e, normalmente, cada médico interpreta de forma diferente os sintomas relatados. Podem, inclusive, afirmar que não se trata de Dort, mas não têm explicações plausíveis para os sintomas apresentados. Apesar disso, não impediu a emissão do atestado médico e a classificação como acidente de trabalho.

Eu vi que cada um inventava uma história diferente, mas meio que convergia para mesma coisa. É aquele negócio. Sintoma você tem, agora, se você tem a doença, aí a gente não tem como afirmar cem por cento. – Sintomas você tem: sua mão está inchada, sua mão está doendo (...). Um dos médicos até virou e falou: – é, parece que você não tem nada, parece que sua mão está normal. Mas quando eu perguntava: – e por que ela está inchada? Ficava a dúvida no ar. (...) Nunca teve uma versão unânime dos médicos. Cada médico que me visitava dizia uma coisa. Com todo mundo foi assim, então eu acho que isso é até normal (Entrevistado 2).

## **Tratamento**

O tipo de tratamento para os Dort varia muito para cada caso. Apesar de existir uma prescrição padrão, caracterizada pela imobilização do membro afetado, pelo uso de antiinflamatórios e de antidepressivos, pelo repouso, pelo encaminhamento para psicoterapia, fisioterapia, acupuntura, hidroterapia, entre outras, o resultado dessas alternativas varia para cada trabalhador. Para um, a acupuntura proporciona maior alívio do que a fisioterapia. Para outro, a hidroterapia é mais eficaz do que outras técnicas.

Aí eu fui ao médico, a gente decidiu imobilizar (...) a gente começou a fazer fisioterapia, e o negócio foi desinchando, foi melhorando com o tempo, passei um tempo sem usar computador também (Entrevistado 2).

Depois eu fui ao médico, ele foi engessar meu braço, e eu continuei a trabalhar, com o braço engessado. (...) Aí eu comecei a cuidar, comecei a fazer acupuntura, a cumprir o alongamento que nem sempre a gente faz, essa coisa do alongamento, das pausas (Entrevistado 4).

Antiinflamatório eu tomei, alguns nas primeiras duas semanas, mas depois de um tempo não. (...) Com o passar do tempo, fui fazendo fisioterapia, foi melhorando (Entrevistado 2).

Depois que foi diagnosticado, ele passou o antiinflamatório. Foi quando eu tomei trinta dias. E aí foi repouso e aí foi quando eu fui fazer esses outros tratamentos. Fiz RPG, fiz a hidroterapia, o que me aliviou bastante. Fiz fisioterapia que não resolvia de nada, né? Então o conjunto disso daí me tirou daquela crise aquela época. Hoje em dia já não me tira mais (...) Aí fui para a acupuntura. Fiz dez sessões, que me tiraram da crise (Entrevistado 3).

De uma forma geral, o tratamento é demorado e os sintomas demoram a passar.

Os trinta primeiros dias de licença são ruins, pois não há qualquer percepção de alívio da dor. Nesse período, os trabalhadores dedicam-se ao tratamento e buscam repousar. Policiam-se quanto à ingestão de álcool, ao uso de computador, ao carregamento de peso. O repouso é absoluto, com muitas horas de sono. Este primeiro mês é considerado um período de sofrimento.

O primeiro mês que eu me afastei do Banco, eu só piorei, apesar de não estar em nenhuma função, só de repouso, tomando medicação, tomando o antiinflamatório. Durante um mês, durante trinta dias. (...) Então eu fui para a hidroterapia, e fisioterapia, RPG, tudo que botasse na minha frente eu ia (Entrevistado 3).

Os trinta primeiros dias de recuperação são terríveis. Você não vê nenhum resultado. Depois que você começa a ver resultado: - Poxa! Melhorou aqui. Eu estava como dedo assim, cara, estava dobrado, atrofiado. Aí começou a abrir (Entrevistado 5).

Hidroterapia e policiamento. Fiquei noventa dias sem beber nada de álcool. (...) O médico falou que tudo que exija força, esquece. Levantar peso? Esquece (Entrevistado 5).

Então eu dormia... Era bom de cama, dormia de noite, de tarde, de dia. (...) Você fica assim, você perde um pouco a noção (Entrevistado 5).

Foi aí que eu larguei tudo de vez, nem Internet, nem nada. Era só televisão e "geração coca-cola": MTV, hambúrguer e coca-cola. E a faculdade que eu não deixei de ir, mas também não anotava nada (Entrevistado 2).

No segundo mês de licença, o organismo começa a reagir e a inflamação regride.

Existe uma mobilização muito forte para superar a doença e sair da crise. Neste período, intensificam-se as atividades de terapia.

Só que quando eu consegui sair da crise, que eu fiquei sessenta dias, o primeiro mês foi para sofrer, mas no segundo começou a reagir. A inflamação foi começando a diminuir, eu já estava trinta dias afastado, eu não estava mexendo em computador e nada. Então, eu sem dirigir, totalmente de repouso. No segundo mês a crise regrediu (Entrevistado 3).

Eu estou fazendo terapia duas vezes por semana agora (Entrevistado 4).

### **Retorno ao trabalho**

A recuperação da Dort é um momento de otimismo, mas também de preocupações, em relação ao retorno ao trabalho. Apesar da redução dos sintomas após o período de afastamento, os funcionários normalmente retornam às atividades laborais antes da completa recuperação, principalmente pelo receio de perderem a comissão ou de serem “jogados para escanteio” pela equipe de trabalho. Eles tendem a retornar antes do período que a empresa assegura suas comissões – noventa dias. Este prazo é considerado curto para a completa recuperação dos Dort e é mais um motivo para preocupação. Para evitar qualquer perda, os funcionários utilizam estratégias para obter um pouco mais de tempo para se recuperar, como o uso de abonos, ao invés de licenças-saúde. Manifestam a vontade de retornar às atividades com a saúde completamente restabelecida, mas se deparam com o risco de uma reincidência da doença, agravamento dos sintomas e necessidade de manutenção do afastamento.

Exatamente, isso mesmo, é como se fosse pensando em um gráfico, é como se o “f” crescendo, crescendo, dá o pico, aí começa a baixar (Entrevistado 2).

Nessa época eu passei sessenta dias afastado. Eu sentia que eu não tinha condições de voltar, mas eu também não podia ir para o esmolão (perder a comissão e continuar recebendo por alguns meses os proventos). Eu não podia perder a comissão (Entrevistado 3).

Então é muito curto para fazer a recuperação de Dort. Então é muito ruim, porque quando você volta, você pode ser jogado para escanteio ou perder a sua comissão, como eu já sei de casos que já aconteceram aqui. O funcionário, quando voltou, ficou sem comissão. Como é que faz? As pessoas procuram voltar antes dos noventa dias para poderem continuar recebendo. Isso aí é horrível. Você já está preocupado de estar doente, aí vem depois uma outra preocupação (Entrevistado 5).

Fiquei quinze dias afastado. Era para ter ficado mais, mas eu fiquei só os quinze, senão pega INSS. Fica todo enrolado. Tem que ir no Ministério do Trabalho, fazer um monte de coisa. Fiquei só uns quatorze dias. Aí completei com abono. Permaneci com o abono para não complicar... (Entrevistado 1).

E eu acho que se você fica em casa começa a ficar ruim, porque você tem as atividades e você não quer largar as suas atividades. Pô, eu não agüentava ficar

em casa! Você perde os vínculos, e você fica louco para voltar com o braço bom (Entrevistado 5).

## Seqüelas

Os Dort geralmente deixam seqüelas nos trabalhadores acometidos, apesar do longo período de afastamento e das diversas alternativas de tratamento disponíveis. Após o período de crise, a região afetada continua doendo, com “pontadinhas” depois de um período muito longo de trabalho. É uma dor pequena, mas que incomoda o tempo todo. Apesar disso, é vista como parte do processo de recuperação e um retorno ao estado de saúde.

Em estágios mais avançados da doença, as seqüelas podem impossibilitar movimentos dos membros superiores, como erguer os braços ou esticá-los para trás. Alguns minutos já são tempo suficiente para o retorno da dor. Em função das calcificações, os movimentos dos braços ficam bastante limitados. Os trabalhadores passam a conviver com crises freqüentes. Sentem-se impossibilitados de praticar exercícios físicos intensos, como musculação e ginástica; de realizar atividades domésticas, como varrer, lavar roupa, louça e banheiro; e até mesmo de segurar uma escova para pentear os cabelos e carregar suas bolsas. Têm, portanto, que aprender a conviver com a doença e as limitações dela decorrentes.

Essa dor não acaba; você fica o tempo todo sentindo ela, entendeu? (...) É pouca, mas é chata. É o tempo todo e eu estou sentindo ela aqui agora (Entrevistado 1).

Um pontadinhas, algumas vezes depois de um período muito longo trabalhando. Mas muito pouco, está sumindo. De vez em quando ele incha um pouco, não muito. (...) É como se eu estivesse voltando para o começo, como se eu estivesse melhorando, ao invés de estar piorando. (Entrevistado 2).

Porque o que faz doer, segundo eles, são as calcificações. Então já está muito calcificado. E o pior, aumentando (Entrevistado 3).

Porque o doutor foi taxativo. Ele não quer que eu carregue mais essa bolsa com nenhuma das duas mãos. (...) Não posso varrer, eu não posso lavar uma roupa. Não tenho condições de ficar lavando louça como uma rotina, pois a altura da pia é prejudicial. Então você vai lavar banheiro, não pode. Não pode pegar em vassoura. Então, tomar conta de uma casa, você não pode mais. (...) A ginástica eu não posso, musculação eu não posso (Entrevistado 3).

Ninguém merece! Até para tomar banho, pentear o cabelo, você não pode. Não posso levantar o braço. E o ruim é que a atividade diária, fora o trabalho, você

não consegue fazer coisas simples. Fazer os movimentos de alongamento é complicado, eu não consigo mais. Esse é o meu limite, a musculatura não permite trabalhar. E esse é o problema (Entrevistado 1).

Na realidade, eu vivo com ela. Aconteceu isso, agora eu estou sentindo um problema que meu braço não vai para trás mais. Eu vivo com ela, com a doença (Entrevistado 3).

## **Categoria 2 – Organização do trabalho antes e após o adoecimento**

A organização do trabalho bancário tem algumas características inerentes à natureza do serviço. O Banco trabalha com metas definidas e avalia seus funcionários conforme o desempenho apresentado em relação a indicadores estabelecidos por meio de acordo de trabalho. Os funcionários se sentem pressionados, pois alcançar as metas raramente é suficiente: a empresa espera que elas sejam superadas. Além disso, é preciso conviver com mudanças de regras e de referenciais dos indicadores, com pressão dos clientes, com atendimento telefônico, com prazos cada vez menores para a conclusão das tarefas, com excesso de trabalho e escassez de funcionários. Há mais trabalho do que pessoas para realizá-lo. A execução das tarefas depende totalmente do uso de computadores e dos sistemas de informação. A rotina de trabalho é considerada repetitiva e monótona; diariamente são sempre as mesmas atividades. Apesar do Banco preocupar-se com os Dort, não se percebe adoção de ações de prevenção eficazes.

E essa coisa da meta, às vezes era um absurdo, e a gente tinha que dar conta. Mas a gente sabe que dentro do Banco tem metas que é só número, é um oco aqui. (...) Às vezes o Banco muda de regra de uma hora para outra, e você tem que correr muito mais e isso deixava insatisfeito (Entrevistado 4).

E nos últimos dois anos foi muito puxado. O quadro da área de projetos reduziu, você faz tarefas demais (...) O que devia ser feito por duas pessoas em quatro meses está sendo feito por uma pessoa em trinta dias (Entrevistado 5).

Então em agência, não sei se em todas, mas pelo menos aqui, a gente tem muito funcionário, mas o trabalho aqui exige muito da gente. Tem muito mais trabalho do que a gente pode estar cumprindo todos os dias (Entrevistado 4).

Queira ou não queira, o Banco não trabalha sem essa pressão né? O Banco em todo o lugar trabalha sob pressão. Não existe mais Banco sem computador, então vai mudar de área, vai mudar de setor, vai para onde? Vai ter computador, vai ter pressão igual (Entrevistado 3).

E é isso cara, é muito igual, não tem como separar coisas porque nossa rotina é muito igual, todo o dia a mesma coisa, não tem muita diferença. No caixa é a mesma coisa: receber e pagar, receber e pagar, receber, pagar autenticar, receber, pagar e autenticar. É sempre assim (Entrevistado 2).



Eu estou falando que existe uma preocupação, mas também não existe uma coisa que realmente vá fazer uma eficácia maior, na questão da prevenção (Entrevistado 3).

A categoria **Organização do Trabalho** agrupou temas relacionados às atividades realizadas, carga de trabalho, relações socioprofissionais, pressão e aceleração das tarefas, antes e após o afastamento por Dort. Estes dois momentos serão apresentados separadamente com o objetivo de salientar as diferenças e semelhanças entre eles.

### **a) Organização do trabalho antes do adoecimento**

A organização do trabalho antes do adoecimento exige dos funcionários a realização de atividades em tempo integral. Por sua monotonia e mecanicidade, as mesmas tarefas são realizadas durante toda a jornada de trabalho. Contudo, o conjunto de atividades que cada funcionário realiza e o prazo para realizá-lo determinam a sobrecarga de trabalho.

Dessa forma, o atendimento nas agências exige a elaboração de cadastros e de operações de crédito, atendimento telefônico, o próprio atendimento a clientes, a identificação e correção de erros de processamento de documentos, o retorno a todas as ocorrências.

A rotina dos Caixas caracteriza-se pela repetitividade dos movimentos e volume de pagamentos, cobranças, saques, principalmente nos “dias de pico”, dias de pagamentos e recebimento de proventos. Dependendo do volume de papéis, é comum a abertura de caixas para gerentes e funcionários do atendimento ajudarem no processamento dos depósitos.

Na área de tecnologia, as tarefas também não mudam. A jornada de trabalho é preenchida com pesquisas, consultas aos programas, codificação, programação, documentação e orientações diversas aos outros membros da equipe. A digitação e o uso do *mouse* são realizados durante todo o expediente.

O funcionário da área de suporte administrativo é demandado em diversas tarefas de auxílio às suas respectivas áreas. Realiza as compras do setor, providencia o material

de almoçar e atende ao telefone, sempre “no tiro”. Pode ser designado para dar entrada em documentos e pesquisar processos administrativos e jurídicos, tarefa que consome todo o horário de trabalho, em movimentos repetitivos e postura estática, diante do computador.

Antes era a rotina de trabalhar o dia inteiro com a mesma coisa no Caixa, trabalhar o dia inteiro fazendo a mesma coisa mecanicamente. (...) Porque tem o que a gente chama de dia de pico, que é um dia muito cheio. Normalmente do dia primeiro ao dia doze, mais ou menos. Era dia muito cheio. (Entrevistado 2).

Então é o dia inteiro dentro da agência ligando e recebendo problema pelo computador. E você entra para resolver. Quer dizer, é o dia inteiro com esse trabalho (Entrevistado 4).

É a mesma coisa, cara, não muda. Análise de sistema, desenvolver programas na tecnologia. Não muda muito. Antes eu estava com um prazo mais determinado. (...) É só digitar. Você tem que entrar e ficar o tempo inteiro lá, consultando os programas, digitando, pesquisando, codificando, passando instruções para as pessoas em texto ou direto na programação aqui do sistema ou em documentos. (Entrevistado 5).

Um papel que não foi processado, um depósito que não entrou, essas coisas. Fazia essa parte de manhã. Operações de crédito, preparar cadastro para limite e depois só atendimento. O telefone era muito - não sei como é que está hoje - mas o telefone é muito pesado. Tanto que essa foi uma das carteiras que eu trabalhei que não dá conta de dar retorno ao cliente no mesmo dia, porque é muita coisa (Entrevistado 4).

Antigamente era tudo no tiro. Me mandava, eu estava aqui, era tudo: o telefone tocava, eu fazia compras. (...) Entrando e saindo do sistema para dar entrada no processo, entendeu? Pesquisar o processo. Tem que saber o número de origem, qual o tribunal que o processo está. Então você pesquisa tudo isso, todos os tribunais que ele está, entendeu? Então aí fica ali, fica o tempo todo. Você nem vê a hora passando, trabalhando (Entrevistado 1).

O trabalho em agências tem a característica de atendimento ao público. Em função disto, os funcionários trabalham sobrecarregados pela pressão do cliente e da empresa. O primeiro quer ter o seu problema resolvido, ainda que tenha que brigar por isso, independente de quem seja a responsabilidade. Ele procura o atendimento pessoalmente ou por meio de telefonemas, mensagens eletrônicas e cartas. A empresa, por sua vez, exige o cumprimento das metas, a realização de negócios, a venda de produtos, algumas dentre as diversas tarefas estabelecidas.

O acúmulo de atividades exige trabalhadores “coringas”, que se desdobrem para atender bem ao cliente, cumprir suas tarefas e ainda ajudar nas pendências de sua

equipe. A falta de tempo cria situações como o funcionário sair para almoçar apenas quando é encerrado o atendimento ao público, às dezessete horas. As metas, por serem muitas e difíceis de ser alcançadas, são cumpridas às custas da qualidade. Isso implica, normalmente, em retrabalho.

E também tem a questão quando o cliente briga. Porque normalmente não tem muito problema, mas quando tem esgota o dia todo, quebra o dia todo (Entrevistado 2).

Eu tinha sempre muita facilidade de atender clientes. Então era aquele coringa. E estava no caixa como estava no atendimento, para resolver. Os clientes sempre me procuravam então eu ficava nesse desdobramento. (...) E toda a agência que eu chegava eu ficava dividido entre agência e caixa, aquela sobrecarga, um estresse muito grande. (Entrevistado 3).

Tem cliente que não quer saber quem que vai resolver o problema dele. E o Banco pro cliente é você, não é o Caixa (Entrevistado 4).

Quando não tinha o ponto, teve dia que a gente ia almoçar quatro, cinco horas da tarde. Eu já almocei cinco e meia da tarde. (...) E a falta de tempo que a gente tem é essa coisa do número, de correr atrás do número e depois ficar fazendo retrabalho. (...) O pessoal faz um negócio correndo, só para ver número. Mas lá na frente você vai ter que perder tanto tempo para refazer aquele serviço que você fez mal feito (Entrevistado 4).

A realização de atividades em excesso, durante todo o expediente e sob pressão caracteriza a organização do trabalho imposta aos funcionários antes do adoecimento por Dort. Por causa do acúmulo de serviço, os funcionários realizam horas-extras, às vezes não-remuneradas, trabalham em finais de semana e feriados, recebem serviços de outros colegas, sem tempo para descanso e para realizar atividades de alongamento. A organização do trabalho exige muito e os trabalhadores fazem o possível para cumpri-la, às vezes além de suas possibilidades físicas e mentais.

Mas em compensação, a digitação, o atendimento, agência pequena. Eu continuava no computador igual, trabalhando às vezes doze horas por dia (Entrevistado 3).

Eu também vinha de um ritmo de muito trabalho. Trabalho final de semana, trabalho domingo, trabalho sábado, feriado... Aqui não tinha essa não, tinha que fazer (Entrevistado 5).

Em agência isso é complicadíssimo de você fazer as pausas de dez minutos. Se eu fizer isso lá embaixo o público me mata (Entrevistado 4).

É o serviço mais pesado que tem aqui. E aí eu fiquei. O estagiário saiu e só foram jogando serviço, jogando serviço e acumulando. Estava fazendo 120 dossiês de manhã e 180, 200 dossiês de tarde. Então isso aí. Você entra no

terminal (de computador) umas cinco vezes para cada dossiê. Então o tempo todo... Você não pára! (Entrevistado 1).

Saída é complicado. Saída, quando a gente não tinha registro, era normal ficar. (...) É que a gente sempre trabalhou muito. Mesmo naquele tempo sem ponto eletrônico a gente ficava sempre passando do horário, trabalhando dez horas. Era tranqüilo para mim (Entrevistado 4).

Sempre com poucos funcionários a gente trabalhava bastante. Tinha uma produção que às vezes era de repente, além do que a gente podia agüentar, normalmente. Autenticar demais, atender cliente (Entrevistado 3).

A sobrecarga de trabalho, a repetição mecânica e a pressão temporal forçam os funcionários a automatizar seus procedimentos como se fossem máquinas. Eles mostram que são bons no trabalho com o objetivo de serem bem avaliados, às custas do bem-estar físico pessoal.

Você olha do lado, o camarada que já está mais acostumado, o cara nem olha para o teclado ou para a tela. O cara recebe o cliente e já está fazendo. Quer dizer, ali você vê que o negócio é mais automático. Não que eu diria que esse é um problema só do caixa, mas a gente está mais sujeito a isso por causa dessa repetição mecânica. o cara só olha para o negócio na mão mesmo vai fazer automático nem fala com o cara o que vai fazer, só faz, acaba acontecendo isso mesmo mó automático mesmo só parece até que você é uma máquina (Entrevistado 2).

Você tem que mostrar que é bom trabalhando. Aí eu mostrei. Pelo menos nas avaliações que pegava, pelo menos superei tudo. As avaliações, todas as que eu tive...(Entrevistado 1).

Aqui a maioria das pessoas tem pressão alta, por conta de prazos, sabe? É para hoje! Não tem jeito né? Vai fazer o que? Mágica? Não, trabalhar (Entrevistado 5).

### **Relações interpessoais**

O relacionamento entre os bancários é marcado pela solidariedade, pela união e pelo apoio, mais evidentes nas equipes de trabalho das agências. Os funcionários tomam para si os problemas de seus colegas e as brigas de clientes. Existem confraternizações semanais depois do expediente.

Em relação ao adoecimento, existe cumplicidade entre funcionário acometido e gerência. O primeiro preocupa-se, com seu afastamento, em não “abandonar o barco” e seus colegas. O segundo, por sua vez, mostra-se preocupado e solidário com o adoecimento, demonstrando total apoio ao afastamento e à recuperação da saúde de seu subordinado.

Mesmo sendo com o colega, você está no meio. Ninguém consegue ignorar o que está acontecendo do nosso lado, com os colegas também, acaba solidarizando. (Entrevistado 2).

Mas realmente o pessoal também é muito unido. Toda a semana a gente costuma fazer alguma coisa, beber uma cerveja depois do expediente, fazer um churrasquinho em um bar que fica do lado da agência. E por aí vai, o ambiente de trabalho, eu não tenho o que reclamar não, nem dos meus colegas (Entrevistado 2).

Eu tinha uma preocupação muito grande com a equipe, de não abandonar o barco. Acho que eu sofria mais por causa disso (Entrevistado 4).

Aí ele liberou. Disse não, vai lá faz isso e acabou. Quem tiver aqui eu dou cobertura total. Pode ficar o tanto de tempo que for, mas volta numa boa (Entrevistado 1).

Então a gerente da agência - que foi quando eu fui a ela e disse para ela que eu ia ter que me afastar mesmo substituindo - ela me deu total apoio: - Se afaste; primeiro a saúde (Entrevistado 3).

O meu gerente é uma pessoa que eu tenho muito carinho. Ele teve muita paciência comigo, de me cuidar. Foi uma pessoa que demonstrou preocupação com o que eu tinha (Entrevistado 4).

## **b) Organização do Trabalho Após o Adoecimento**

Os funcionários que retornam ao trabalho após afastamento por Dort são colocados para executar tarefas que permitam a recuperação da saúde. Às vezes, as tarefas são mais simples do que as realizadas antes do afastamento; às vezes, reduz-se a quantidade de serviço; às vezes, dilata-se o prazo para entrega dos trabalhos; às vezes, o funcionário é deslocado para uma área mais tranqüila e com pouco atendimento a clientes.

A gerência, em acordo com o funcionário, evita que sejam mantidas as tarefas realizadas antes do afastamento, mesmo que, para isso, seja necessário deslocar o funcionário para outro setor. Nestas condições, o ritmo de trabalho e a pressão diminuem, viabiliza-se a realização de intervalos para pausas e alongamentos e os prazos para conclusão dos projetos aumentam.

Apesar das mudanças de tarefas e local de trabalho, a organização do trabalho é vista como o fator inerente ao adoecimento, pela pressão e exigências físicas e psicológicas que impõe aos funcionários.

Colocaram-me para trabalhar no arquivo, só para arquivar dossiê. Faço a pasta e arquivo. (...) E eu não estou fazendo mais o serviço pesado de dar entrada e nem dar baixa (Entrevistado 1).

Minha rotina mudou totalmente (...). Eu já não repito, eu já não faço tanta atividade repetitiva. E como eu falei, o lugar que eu trabalho é um posto mais calmo. Então não tenho também aquele problema do trabalho contínuo. Sempre tenho os intervalos e lá é respeitado; mesmo que eu não queira (Entrevistado 2).

Hoje eu faço mais coisas menores, em dez, vinte dias eu tinha que entregar a coisa (Entrevistado 5).

Não tem outra atividade que você possa encarar, fazer, enfrentar, realizar, executar. Todos vão ser mais ou menos esse perfil. Tem as piores, como as agências. E aqui (área administrativa) é menos pior. Mas nem por isso deixa de atingir o seu problema (Entrevistado 3).

Os funcionários que retornam às atividades após afastamento por Dort reconhecem o apoio de gerentes e colegas de trabalho para ajudá-los a evitar uma nova crise. Contudo, pela invisibilidade dos sintomas da doença, o grupo pode criar um clima de desconfiança e exclusão.

O meu gerente tem me ajudado muito, tem me ajudado muito a lidar com isso. Então a gente está trabalhando. Estamos achando algumas soluções para evitar que eu tenha esse problema (Entrevistado 2).

A equipe é excelente. É muito trabalho em equipe. Todo mundo pensa muito no outro colega. E eles demonstram um interesse muito grande, uma preocupação muito grande comigo, com o meu caso. Isso me deixou muito bem (Entrevistado 3).

Aí vem a questão do relacionamento interno. Das pessoas não enxergarem você como uma pessoa doente, e você está doente. Tinha um certo clima, nada pelo menos em relação a mim, nada muito ofensivo. Mas em relação a outros colegas com certeza houve passagens assim seriíssimas, do pessoal se sentir totalmente excluído (Entrevistado 3).

### **Categoria 3 – Percepção e sentimentos relacionados à doença**

#### **Percepções**

Os entrevistados percebem o adoecimento por Dort como uma situação complexa. É complicado abandonar o serviço e a equipe de trabalho. É difícil aceitar a incapacidade física decorrente da dor e não conseguir realizar movimentos de maneira natural. A invisibilidade da doença gera questionamentos sobre a relação dos sintomas com a instalação do processo patológico. O diagnóstico normalmente é duvidoso e não indica um tratamento eficaz. Os entrevistados não se sentem doentes, apesar de

estarem. Além disso, é preciso lidar com a idéia de terem um problema de saúde e trabalharem em um ambiente que tende a agravar essa doença. Neste momento, o suporte da família é muito importante para a recuperação da saúde. A doença tem reflexos na auto-estima dos funcionários, principalmente pela perda da temporária ou permanente de capacidades físicas.

Essa incapacidade que eu senti a primeira vez na vida, não ter força no braço, isso nunca tinha acontecido. Eu sempre fui braçal muito doido, eu sempre fiz as coisas independente (Entrevistado 1).

Por exemplo: você está com febre, por que está com febre? Aí eles vão e fazem exame: - ah foi por causa disso e disso, toma um remédio aqui. Uma semana depois você está sarado. Agora o meu não. O meu eu tinha os sintomas, mas e aí? Eu tenho ou não tenho? Ninguém sabia exatamente o que dizer, mas estava inchado e doía pra caramba (Entrevistado 2).

Porque você não se sente doente, e se sente doente. Você, na realidade, se olha assim: - puxa, eu não estou doente. Eu não estou com uma dor que não possa trabalhar, assim, de garganta (Entrevistado 3).

Eu não conseguia levantar um grama do chão. É muito ruim você chegar assim e tentar pegar as coisas com a mão. Você fala: - eu não estou bêbado (Entrevistado 5).

Então se você não tem uma boa posição financeira ou psicológica, ou as duas juntas, você não consegue se manter equilibrado. Eu acho que a família ajuda muito (Entrevistado 5).

É difícil para os entrevistados entender as sensações de dor como sintomas de uma doença, ao menos inicialmente. Da mesma forma, é difícil aceitar a diminuição do ritmo de atividade no período de tratamento e enfrentar a pressão organizacional para o retorno ao trabalho.

E o trabalho de recuperação é lento. Para quem vinha num ritmo forte, você quebra o ritmo de atividade. É complicado. No dia seguinte você está em casa. Fazer o quê? Nada? (Entrevistado 5).

Aí você começa a ter uma visão da empresa do cara que falta 30 dias, 40 dias depois passa uns 15 dias afastado, não quer ficar afastado. Isso rola muito, isso eu ouvi muito, de pessoas que voltaram e perderam comissão. É uma tremenda injustiça, isso é um mau caráter de marca maior do chefe imediato da pessoa. Então não tem como reclamar porque é uma prerrogativa deles. Você não tem um amparo legal para te deixar mais confortável. Isso é ruim, amparo legal, você é jogado às traças. Você é uma coisa improdutiva ou um ônus na empresa (Entrevistado 5).

E isso também é traumático em termos de psicológico você quer aquela recuperação tem que tomar o remédio então vai ficar bom. Mas não é assim, é devagar. Até você se adaptar, eu não digo problemático, mas é uma coisa que tem que ir com paciência. Se eu tomar isso aqui, tantos dias eu vou estar melhor.

Aí quando chega realmente no centésimo dia você já está se sentindo bem. Aí você tem a vontade contrária, à vontade de voltar a trabalhar (Entrevistado 5).

Dort é ruim, como toda doença. Porém, em estágio mais avançado, provoca dores constantes e incapacidades permanentes. A doença passa a ser parte integrante da pessoa. A tristeza e a depressão instalam-se em função da impossibilidade de o funcionário ignorar a doença, suas seqüelas e futuros desdobramentos.

Toda a doença é ruim, não tem uma doença boa, não existe isso. A minha doença é ruim, é difícil. Mas tem doença que nem vai embora, e essa é minha para sempre, vai ficar comigo aqui (Entrevistado 3).

Nem todo o tempo você pode fechar os olhos e dizer: - agora eu não vou ficar estressada. Você vai continuar com o problema de saúde, que vai piorar ainda mais o seu estresse. Então é uma coisa muito complexa, que aumenta muito o estresse e que dá muita depressão (Entrevistado 3).

### **Perspectivas futuras**

Os entrevistados retornam ao trabalho com a perspectiva de contribuir para a empresa e crescer profissionalmente, mas buscando o equilíbrio entre saúde e trabalho. É preciso cuidar para não entrar em crise novamente e agravar o quadro patológico. Contudo, o trabalho no Banco não oferece perspectivas para o pensamento em longo prazo, pois se sabe que o estresse é inevitável neste contexto de produção. Continuar exposto ao trabalho bancário é um risco para novas crises e uma possibilidade de aposentadoria por invalidez.

O que eu realmente penso é que eu queria mesmo chegar até ao final do tempo de Banco e sair (Entrevistado 3).

Se o Banco me der chance de continuar, vou procurar auxiliar. Eu só não acho justo nenhum dos dois ficar satisfeito; nem eu nem o Banco (Entrevistado 4).

Minha perspectiva é ir ainda mais adiante na parte gerencial, sair da parte técnica. Eu busco ir para área gerencial onde o meu conhecimento pode ser passado adiante (Entrevistado 5).

Cuidar mais de mim. Cuidar mais do meu braço, porque eu estou muito novo para aposentar. Queria é crescer, porque eu gosto muito, sempre tentar melhorar. Tem uma pessoa que está dormindo dentro de mim, está longe (Entrevistado 4).

Isso preocupa muito (chorando). Não dá nem para você pensar no seu futuro no Banco. É uma coisa que se eu entrasse em período de gerência de banco com certeza eu teria crise no meu braço. É uma coisa que quando eu estou sob estresse dói. Você não tem perspectiva nenhuma aqui (Entrevistado 4).



Essa última crise já foi motivo suficiente para eu avaliar totalmente diferente essa situação, de querer me afastar por muito mais tempo ou de repente por tempo indeterminado (Entrevistado 3).

### **Sentimentos relacionados à doença**

Os entrevistados mantêm o senso de responsabilidade para o trabalho, mesmo sentindo dores e em estágio avançado dos Dort. A necessidade de cuidado e de tratamento dos sintomas não é imediatamente percebida pelos entrevistados.

Em 2000, e isso eu estava com aquele senso de responsabilidade, estou substituindo a agência não estou tendo como afastar. Aquela perfeita funcionária do Banco, né? E o médico disse: ou você se afasta do Banco por um tempo ou daqui a pouco você se afasta de vez. Porque do jeito que você está não tem como trabalhar desse jeito. Realmente não tinha (Entrevistado 3).

Fui sentindo a dor aumentando mais e mais. Mas eu sempre continuei trabalhando. Depois eu fui ao médico. Ele engessou o meu braço e eu continuei a trabalhar, com o braço engessado. Aí depois eu vi que eu não estava repousando, não estava descansando, não estava cuidando do meu braço e nem trabalhando direito (Entrevistado 4).

### **Desconhecimento**

Todos os entrevistados relatam desconhecer a relação entre os sintomas iniciais de dor com os Dort. Antes do adoecimento, imaginam que os sintomas ocorrerem em função de um mau jeito e que passam depois uma noite de descanso; encaram os problemas como uma questão postural e como se fossem câimbras; não têm noção de que os sintomas poderiam se transformar em uma doença grave; e não imaginam que exista relação dos sintomas com o trabalho, com a atividade que desempenham profissionalmente. Em função deste desconhecimento, acostumam-se com as dores, com as “fisgadas”, com a mão-boba, com o cansaço, e deixam o tempo passar, expostos aos fatores ocupacionais relacionados aos Dort.

Após o adoecimento, percebem que os sintomas iniciais que lhes incomodavam eram justamente os mesmos que geraram as licenças-saúde, os acidentes de trabalho. No retorno ao trabalho, ficam inseguros de realizar as mesmas tarefas que provocaram os Dort, com medo de sentirem as dores novamente.

Aí realmente, nessa altura, eu não sabia disso, nessa altura eu já estava bem acometida da doença. Só que eu não tinha conhecimento, todo o dia eu achava: ah, eu dormi de mau jeito, sempre uma desculpa (Entrevistado 3).

No princípio você não percebe o que é, você não tem idéia do que é aquela dor. Você acha que é uma dor passageira, que passa. Como você trabalha muitas horas em um dia você vai para casa dá uma relaxada; dói um pouquinho, você acostuma, você vai se acostumando, se acostumando, se acostumando (Entrevistado 5).

Então ai isso começou a causar, e eu não sabia o que era, não tinha ninguém que tinha tido nem nada, ai eu achei que era mão boba, fui sentindo mais vezes, mais vezes, a dor foi aumentando. Mas eu sempre continuei trabalhando (Entrevistado 4).

mas nunca parei para dar bola, sempre pensei que era uma coisa normal, eu sempre encarei como talvez postura ou uma câimbra, sempre encarei como uma câimbra. Acontece assim: aconteceu, passou, morreu o assunto, bola pra frente, e isso aí, foi indo, foi passando. (...) Eu não tinha noção que podia se tornar alguma coisa mais grave, muito mais grave (Entrevistado 2).

Eu nunca imaginei que qualquer sintoma que eu tivesse era relacionado à minha função, jamais. Eu sempre associava isso ao cansaço, mas nunca ao serviço realizado no trabalho (Entrevistado 3).

E com o passar do tempo, eu fui reparando que, eu sempre reclamei de dores nesses pontos aqui que eu não sei o nome, aqui, uma parte aqui do antebraço e embaixo do pulso, no pulso mesmo e algumas dores na mão. Na parte de cima da mão, mas eram dores que vinham e passavam, era muito de leve (Entrevistado 2).

Eu já vinha para cá sentindo aquele medão.lh, está tão bom... Quando eu chegar lá, vou botar a mão e vou sentir de novo aquela dorzinha (Entrevistado 1).

## **Depressão**

Os sintomas depressivos que surgem em estágio mais avançado dos Dort, são descritos como um sentimento forte em relação à possibilidade de invalidez, de incapacidade, de admitir se tem Dort. É uma conseqüência do medo de ficar inválido e incapaz de realizar movimentos, em função da dor. Os transtornos do sono, a dificuldade em descansar e ficar tranqüilo são percebidos como parte do processo depressivo. O funcionário não quer admitir que possui um problema grave, com conseqüências na vida pessoal e profissional, e que pode não estar trabalhando no dia seguinte. A psicoterapia é vista como uma alternativa para lidar com esses sentimentos.

Hoje eu dormi menos ainda e quando acordo, acordo com aquele peso, aquela coisa carregando nas costas. É porque eu não repousei, não encontrei posição para relaxar na cama. Aí você fica de um lado, de outro. Aí está doendo, aí vira e não vira, vai para cá; é uma agonia. Então tudo isso faz parte de um processo, depressivo, com certeza. Porque eu não consigo ficar tranqüilo, eu não consigo relaxar (Entrevistado 3).

A depressão é um sentimento forte de não querer admitir que você está com um problema que pode te deixar inválido. Ao mesmo tempo você também, não quer admitir que está doente. Você não quer admitir que pode se aposentar mais cedo por invalidez. Tudo isso é bloqueio na sua cabeça. Acontece e você enfrenta, mas que você tem uma resistência, inicialmente tem. E depois vem e realmente a parte de ficar inválido mesmo, vem o medo, de ficar inválido: - poxa vida será que eu vou ficar assim? Será que eu não vou mais conseguir abrir uma porta? (Entrevistado 3).

Aí chega uma hora que ou eu faço terapia ou eu não sei o que vai ser de mim amanhã. Eu não sei se eu vou estar aqui amanhã (Entrevistado 4).

## **Tristeza**

O adoecimento por Dort gera sentimentos de tristeza, falta de esperança, crises de choro, ausência de objetivos, insônia, isolamento social, medo e insegurança. Esses sentimentos surgem em função da dor e dos questionamentos que os entrevistados se fazem em relação à incapacidade, à invalidez e ao futuro.

A sensação de perder o membro acometido, de não mais tê-lo, é indescritível. A tristeza manifesta-se em crises de choro e na falta de apetite. Perde-se a esperança de recuperação integral da saúde física dos membros superiores. Perde-se a vontade de convívio com os colegas de trabalho, com professores e amigos da faculdade. Os funcionários afastados por Dort desejam se curar e recuperar a esperança perdida.

Sempre muita tristeza. Você fica sem saber o que vai acontecer. Aí começa a aparecer mil questionamentos. E eu sou uma pessoa muito reflexiva. Então para mim, muita vontade de chorar, insônia, falta de apetite. São meus sintomas. Então eu entrei realmente nessas crises, mas o que eu mais faço é chorar mesmo, choro muito sem saber o que vai acontecer, sabe? (Entrevistado 3).

Essa ausência de objetivo e vontade foi por causa dessa dor aqui, né? Porque eu nunca tinha sentido fraqueza no braço (Entrevistado 1).

Às vezes eu vejo as coisas de um jeito, eu fico me remoendo dentro de mim. Se eu puder ficar o tempo toda sozinha dentro da agência eu fico (Entrevistado 4).

Você se sente meio como se eu não estivesse o meu braço, é estranho cara, é indescritível, não dá para discutir. Cara, imagina que você não tem um braço. Era como eu me sentia (Entrevistado 2).

Eu não consigo falar com o professor. Eu não consigo falar com ninguém em sala de aula (Entrevistado 4).

Sim, porque a única coisa que eu estava conseguindo fazer era chegar em casa e ficar chorando o tempo todo. Não tenho vontade de fazer nada (Entrevistado 4).

Às vezes as pessoas devem pensar que eu sou totalmente anti-social. Porque o normal é um "bom dia". Não dá vontade de conversar (Entrevistado 4).

É, eu estou fazendo terapia justamente por isso, para voltar a tal da esperança. Eu fazia para melhorar aí eu voltava a ficar triste, com vontade de sair, fazer outra coisa, sei lá. Sair correndo pelo mundo (silêncio) (Entrevistado 4).

## **Medo**

O adoecimento por Dort produz sentimentos de medo e insegurança em relação à continuidade dos movimentos repetitivos no trabalho bancário, à sobrecarga dos membros superiores acometidos, à eficácia do tratamento e, finalmente, às possíveis seqüelas e incapacidades resultantes da doença. Em função do medo de movimentar o membro inflamado, os entrevistados passam a poupá-lo, utilizando outro membro não afetado. Essa estratégia, embora eficaz inicialmente, provoca a superutilização muscular que, normalmente, resulta na proliferação dos sintomas a outras regiões dos membros superiores. O clima de insegurança em relação à doença, à lentidão e ineficácia do processo de tratamento e recuperação, e à possibilidade de aposentadoria por invalidez deixam os entrevistados angustiados.

É como se eu estivesse com medo de usar a mão direita. É como se eu estivesse poupando, porque eu estava forçando muito a mão esquerda. Aí depois disso, eu me adaptei sozinho, inconscientemente eu perdi o medo de usar. Então, eu estava mesmo poupando a mão direita. É até ruim, porque, de vez em quando, eu usava a mão esquerda no teclado numérico, atravessando o meu braço sobre o meu corpo. Então eu acho que essa era uma das causas, porque eu forçava muito (Entrevistado 2).

Aí fica aquele clima: - poxa vida, será que eu vou ficar desse jeito? (Entrevistado 3).

As dores não desaparecem né? E você vai ficando angustiado achando que aquele tratamento não está fazendo efeito. E você vai para o tratamento e o tratamento faz você sofrer ainda mais. Porque nas primeiras sessões de acupuntura, eu grito de dor. Depois da quarta, quinta aí começa a aliviar. Então você vai para um tratamento e você vai, sabe que vai morrer de dor. É realmente angustiante (Entrevistado 3).

No final do centésimo dia, a possibilidade da aposentadoria por invalidez me preocupou muito. Hoje eu estou novo. Vou aposentar com 37 anos e vou fazer o quê? (Entrevistado 5).

O adoecimento pode visto como uma oportunidade para o funcionário se recuperar e refletir sobre o ritmo de trabalho adotado, de uma forma positiva, como um momento de recuperação física e de modificação dos hábitos profissionais. O apoio da família é fundamental para propiciar um ambiente tranqüilo e favorável ao tratamento.

Também que eu acho um lado positivo do afastamento. Antes desse episódio do acidente de trabalho mesmo, eu já cheguei a ter, por exemplo, pressão alta (Entrevistado 5).

Eu acho que ajuda muito a família, os familiares. Também ajuda você ter uma família estruturada, ajuda muito. Graças a Deus isso é muito tranquilo, não tenho preocupação com a minha família, não tenho preocupação com a minha esposa (Entrevistado 5).

### **Estratégias de enfrentamento do sofrimento**

Os entrevistados relatam o uso de estratégias para enfrentar o sofrimento anterior ao afastamento e o que surge durante o afastamento. Antes da instalação de crise, os entrevistados ignoram os sintomas de dor e dormência, medicam-se com analgésicos, às vezes sem prescrição; modificam os hábitos posturais, de uso do teclado e *mouse*. Aceitam as dores como consequência do cansaço físico, como algo passageiro e isolado. Durante o tratamento, têm a expectativa de melhorar com as práticas terapêuticas, físicas e psicológicas. Contudo, à medida que o afastamento prolonga-se, sentem a necessidade de retornar ao trabalho pelo risco de descomissionamento. Neste momento, procuram conviver com a doença e retornar ao trabalho, ainda que não completamente recuperados. A princípio, os entrevistados resistem em se afastar do trabalho. Sentem que ler e conversar com as pessoas ajuda a enfrentar o adoecimento.

Tinha que trabalhar! E eu ia ficar trabalhando no caixa com dor? Aí tomava Dorflex, todo o dia era um (Entrevistado 3).

Tudo que eu fazia com a mão direita eu tentei passar para a esquerda. Escrever, digitar, *mouse*, até hoje é tranquilo, mas em casa mesmo o *mouse* é com a mão esquerda não por causa da dor, mas porque eu acostumei mesmo. E estava fazendo tudo para a esquerda e foi começando aí de repente a esquerda começou a dor também, na mesma região (Entrevistado 4).

Eu estou esperando melhorar um pouco, fazer uma terapia, uns exercícios para ver se as coisas melhoram e tudo. Melhorar essa coisa do relacionamento com as pessoas (Entrevistado 4).

Mas eu também não podia ir para o esmolão (perder a comissão e continuar recebendo por alguns meses os proventos) eu não podia perder a comissão. Então vai associando uma coisa à outra eu disse: eu vou ter que aprender a conviver com essa doença (Entrevistado 3).

Ah, sei lá cara, ler a Bíblia, ler, procurar gente, falar com pessoas. Tenho uma porrada de filhos, né? Então eu tento falar (Entrevistado 1).

Não, fiquei de licença nada, sangrando e tudo. Nem deu ponto nem nada. Fiz botar o *band-aid* e continuei trabalhando (Entrevistado 1).

### **Estratégias depois do adoecimento**

O processo de adoecimento obriga os entrevistados a aprenderem a lidar com a pressão no trabalho, a se protegerem dos Dort, a respeitarem seus limites. Os entrevistados afirmam que as atividades são realizadas em um ritmo mais controlado, a digitação é mais lenta – às vezes “catando milho”. Fora do trabalho, as recomendações médicas são cumpridas, evita-se dirigir e realizar atividades de risco. Utilizam-se estratégias para evitar a dor, para controlar os abusos, porque o cérebro não esquece do ritmo acelerado do passado e busca voltar àquele patamar. Daí a necessidade de controlar a vontade de ser como era antes, de voltar ao ritmo de trabalho anterior ao adoecimento. Os entrevistados não se entregam. Ao menor sinal dos sintomas, as atividades são interrompidas para propiciar a recuperação do organismo, mas não se cogita a idéia de deixar de trabalhar. Essa possibilidade é imaginada para os casos mais avançados da doença sem, contudo, a consciência de que o momento de se aposentar por invalidez pode chegar.

Quando os funcionários saem da crise de dor, instaura-se a vontade de voltar ao trabalho, até mesmo como uma resistência à depressão e ao sentimento de estar inválido. Procura-se não ficar “ligado” em doença e a leitura é um grande auxílio. Nesse sentido, entende-se que é preferível deixar o braço doer a deixar a “cabeça” adoecer. O trabalho ajuda a afastar os sentimentos de depressão.

Eu vou fazendo mais pausadamente eu vou fazendo, mas não vou fazendo tão rápido, catando milho. Em vez de estar digitando normal eu vou digitando como se estivesse catando milho. É assim que eu encaro hoje, é assim que eu acho que eu estou conseguindo me ajudar a acabar um pouco com isso (Entrevistado 2).

Na hora que começar a sentir dor, eu não vou continuar mais não. Eu paro, vou ao médico, cuido. Porque não tem condições mais não (Entrevistado 4).

Então eu tenho cumprido religiosamente e eu tento fazer tudo, adequar tudo. Procuro não dirigir, procuro isso, procuro aquilo (Entrevistado 3).

Eu já faço com um ritmo policiado. De vez em quando eu esqueço, de vez em quando eu paro, vou tomar o cafezinho, vou fazer uma caminhada, venho aqui fora (Entrevistado 5).

Então eu fico me respeitando. Então eu não sinto dor. Por quê? Porque eu não faço o movimento que dói (Entrevistado 3).

Quando saio da crise fico querendo trabalhar. Eu acho que é uma resistência para não entrar em depressão, para não pensar que eu estou ficando inválida. Porque à medida que a doença piora, você vai ficando inválida (Entrevistado 3).

Se eu for brigar com alguém eu não consigo, se a pessoa me empurrar eu não vou ter força para empurrar a pessoa de volta. Então você fica meio temeroso nas ruas. Se você for almoçar no shopping, você tem que ter uma outra estratégia diferente (Entrevistado 5).

Ou você volta a vida que tinha antes. Porque o cérebro não esquece. Se você chegou em um patamar, ele quer chegar de novo naquilo ali. Você tem que saber trabalhar a hora, já são 35 dias de retorno, eu não posso abusar, eu não posso abusar. Se eu abusar aí é mais afastamento, aí tem aquele vai e volta, vai e volta (Entrevistado 5).

A cada dia que passa, eu estou vendo que vai chegar o momento que eu vou me afastar de vez do Banco. Mas ao longo desse tempo eu vou me acostumando com a idéia. Aí, quando chegar, eu acho que eu já vou estar com a idéia mais internalizada e não vou sentir tanto (Entrevistado 3).

Aí sim, aí eu vou ficar cem por cento deprimido. Se eu for inválido e ficar dentro de uma casa, aí sim, eu vou ficar mal demais. Eu não posso. Eu tenho que me dedicar ao estudo, porque eu gosto de estudar (Entrevistado 3).

Conscientizando-me de que se chegar o momento em que eu tenha que me afastar de vez, não inválida, antes disso, porque eu também não quero me afastar inválida, para depois sair do Banco e ir para cima de uma cama? Isso eu não quero. Eu quero sair, se está me prejudicando, então eu vou sair do trabalho antes que eu esteja de uma forma tal que eu não tenha mais condições de nada (Entrevistado 3).

Mas justamente porque eu estava entrando na depressão maior, eu digo: - Não, é melhor voltar, porque ficar doendo do braço ou da cabeça, é melhor ficar só no braço. Aí voltei. E realmente trabalhar me faz muito bem, apesar de ficar sentada cinco horas só digitando. É um pouco pesado. Mas a cabeça fica bem (Entrevistado 3).

À medida que a doença avança, a incapacidade aumenta, as seqüelas físicas agravam-se, o organismo fica fragilizado e as crises tornam-se mais freqüentes. Esse quadro propicia o aparecimento de sintomas depressivos, transtornos do sono e tristeza. A leitura ajuda o funcionário a se desligar da doença, atitude importante para a manutenção da saúde.

Eu sou resistência. Eu não me entrego à depressão. Eu luto contra. Eu tenho sintomas de depressão. Eu não durmo direito. Eu sinto uma vontade muito grande de chorar de vez em quando, do nada. Então eu tenho sintomas de depressão, mas eu não me entrego. Eu sou resistente (Entrevistado 3).

Procuro ler bastante. Eu não vou me ligar em doença né? Eu vou piorar se me ligar em doença. Mas que eu já tive crise muito grande de depressão... (Entrevistado 3).

Os funcionários, por sua vez, retornam ao trabalho conscientes de que a jornada de trabalho de oito horas deve ser cumprida, sem a realização de horas-extras. Às vezes, vêem a necessidade de serem rodiziados para outros setores, em busca de um ambiente de trabalho que permita uma melhor recuperação.

Então eu não faço mais hora-extra (Entrevistado 4).

Então para quem está acostumando àquela loucura de não parar. Você perde a orientação. Passa uma hora, duas horas, o tempo não passa. Tem coisa mais legal de se fazer. Eu não estou acostumado com isso. Tem gente que gosta, que acha ótimo ficar lá e passar seis, oito horas sem fazer absolutamente quase nada. Eu não, eu gosto de ficar fazendo, correndo, vendendo (Entrevistado 4).

Queria ser rodiziado, para ver as experiências em outros setores, para ver se em outra equipe vou ter um alívio maior. Porque onde eu estou, eu também não vou me agüentar muito tempo não (Entrevistado 3).

Agora eu estou começando a me reeducar, conscientizando-me de que pode chegar o momento em que eu tenha que me afastar de vez. Não inválido, antes disso. Porque eu também não quero me afastar inválido. Para depois sair do Banco e ir para cima de uma cama? Isso eu não quero (Entrevistado 3).



## 6. DISCUSSÃO

Quando saio da crise fico querendo trabalhar. Eu acho que é uma resistência para não entrar em depressão, para não pensar que eu estou ficando inválida. Porque à medida que a doença piora, você vai ficando inválida (Entrevistado 3).

### 6.1 Como se caracteriza o processo de adoecimento por Dort?

O estudo identificou quatro fases do processo de adoecimento por Dort:

- Evolução;
- Crise;
- Tratamento; e
- Recuperação.

A dor é um tema transversal a todas essas fases. A intensidade de sua manifestação tem relação direta com a progressão temporal da doença e com as percepções e vivências de prazer-sofrimento dos entrevistados.

Evidencia-se um ciclo de adoecimento caracterizado pela relação da intensidade da dor com as fases do processo de adoecimento. Assim, a primeira fase é marcada inicialmente pela baixa intensidade da dor. Os entrevistados relatam sentir o incômodo provocado por “fisgadas”, choques e dormência em momentos pontuais, separados por longos intervalos de tempo entre eles, conforme apresenta a literatura (Brasil, 2000; Mendes e Cruz, 2004). Essa fase pode durar meses ou anos de exposição à mesma organização do trabalho. Os serviços de saúde não são procurados, podendo haver a automedicação, até o momento em que a crise se instala.

Nessa segunda fase, na qual os sintomas atingem um grau insuportável, os entrevistados procuram o atendimento médico. Podem ocorrer inchaços nas regiões afetadas, perdas temporárias de força e destreza muscular e sintomas psicológicos em função das limitações impostas pela dor intensa. Em virtude do longo período de exposição ao trabalho bancário, os médicos recomendam afastamento imediato, após

avaliarem as condições críticas de saúde dos funcionários. Podem ocorrer tentativas de retorno ao trabalho, mas que, pela gravidade do quadro de Dort, não são bem-sucedidas. Os sintomas podem se irradiar a outras regiões dos membros superiores, em consequência das compensações funcionais que os funcionários realizam. Os entrevistados permanecem afastados, em crise, e iniciam a terceira fase do processo de adoecimento.

Durante o tratamento, há um período de aproximadamente um mês no qual os sintomas não regredem, apesar das terapias e medicamentos ministrados. É uma fase difícil, de muita dor, física e psicológica. O repouso é absoluto e são experimentadas diversas formas de terapia em busca da que proporcione maior alívio. O afastamento do convívio social e a situação de enfermidade têm impacto no equilíbrio psicológico dos entrevistados. A partir do segundo mês de licença, aproximadamente, os funcionários saem da crise de Dort, intensificam práticas terapêuticas e começam a pensar no retorno ao trabalho.

As iniciativas para o retorno ao trabalho intensificam-se a medida que o afastamento aproxima-se dos noventa dias, prazo para a inclusão no QS. Apesar de ser um prazo insuficiente para a completa recuperação da saúde, os entrevistados começam a se preocupar com possíveis prejuízos profissionais e financeiros em decorrência do longo período longe da empresa. Essa decisão implica em retornar ao ambiente de trabalho ainda com sensações de dor, às vezes incapacidades temporárias ou mesmo permanentes. Os entrevistados aprendem a conviver com a dor e completam o ciclo do processo de adoecimento por Dort, com o retorno ao trabalho.

O que mais impressiona em relação aos sintomas é que todos os entrevistados mantêm um discurso de dor constante e intenso (Rocha, 2003). As verbalizações que se referem à dor, agrupadas pela análise de conteúdo, não diferenciam o passado do presente, o início, a etapa intermediária ou o fim da doença. A dor está sempre presente.

Essa informação é coerente com os resultados descritos por Pinheiro, Tróccoli e Paz (2002).

O surgimento dos Dort não provocou o imediato afastamento dos trabalhadores, nas situações investigadas. A baixa intensidade da dor, associada ao de ritmo de trabalho acelerado, fez com que os entrevistados ignorassem os avisos fisiológicos do corpo. Após o adoecimento, os distúrbios foram associados à pressão no trabalho (entrevista 5), à repetitividade das tarefas (entrevista 2), à aceleração da cadência (entrevista 3), às longas horas de trabalho contínuo (entrevista 4). A pressão também pode ser percebida na cobrança pessoal pelo perfeccionismo e responsabilidade. Esses resultados são coerentes com o estudo de Lima (1998), que identificou a pressão no trabalho como facilitadora do desenvolvimento da doença.

Os Dort têm uma influência na vida pessoal dos entrevistados. O tratamento limita não apenas a aptidão laboral, mas também a realização de atividades consideradas comuns, como arrumar a casa ou mesmo pentear os cabelos. Há uma reordenação da rotina diária em função do tratamento.

Os resultados referentes ao processo de adoecimento ratificaram descrições exaustivas encontradas na literatura.

## **6.2 Como se caracteriza a organização do trabalho antes e depois do adoecimento?**

A organização do trabalho bancário foi caracterizada pela presença de pressão, metas por desempenho, grande volume de tarefas, alta informatização e dependência dos sistemas de informação. Por outro lado, no aspecto das relações socioprofissionais, observaram-se relações de solidariedade, apoio da chefia, confraternização e amizade entre os funcionários, conforme identificaram Ribeiro (1999) e Merlo e Barbarini (2002).

Essa característica da organização do trabalho encontra-se presente tanto antes como depois do adoecimento. Desta forma, não existe mudança real do trabalho no que se refere à divisão do trabalho e ao conteúdo da tarefa. A quantidade de funcionários para realizarem o trabalho é determinada pelas tarefas prescritas e não pelas atividades

e problemas que se apresentam no dia-a-dia. Não existe uma ação efetiva no sentido de identificar os fatores organizacionais ou pessoais subjacentes ao adoecimento. Desta forma, as mudanças na organização do trabalho depois do adoecimento por Dort são uma função das relações socioprofissionais, e não uma mudança efetiva nas formas de avaliação de desempenho ou revisão das atividades. Mendes, Costa e Barros (2003), encontraram resultados semelhantes.

Ainda que as relações de solidariedade possibilitem a redução do volume de serviço, da pressão temporal ou transferências para setores considerados mais adequados aos funcionários que retornam ao trabalho, a empresa continua a exigir o desempenho coletivo e individual, sem considerar as conseqüências do adoecimento. No plano coletivo, as equipes têm que redistribuir as tarefas para atingir os objetivos definidos pela empresa, o que pode gerar conflitos e discriminações ao funcionário com Dort. No plano individual, o funcionário que retorna do adoecimento continua sob pressão, em um ambiente que lhe cobra por produtividade, ainda que indiretamente, e que não considera suas incapacidades.

Em atenção ao funcionário acometido por Dort, a gerência busca uma atividade em que não haja exposição a fatores de risco, como repetitividade, pressão e cobranças excessivas. Contudo, as atividades de trabalho permanecem intactas e outros funcionários passam a ocupar os mesmos postos associados à doença do trabalho do colega lesionado.

Observa-se que a dinâmica de construção do coletivo de trabalho não envolve a reflexão das atividades à medida que pessoas ficam lesionadas. As relações de solidariedade entre os funcionários permitem apenas a troca de função do funcionário que retorna ao trabalho. Seu antigo posto já está ocupado e, provavelmente, lesionando outro colega.

Este estudo descreve variáveis antecedentes físicas, psicossociais e organizacionais, conforme compilação apresentada por Pinheiro, Tróccoli e Paz (2002).

O computador é instrumento de trabalho essencial no contexto de trabalho. Os participantes não têm como evitar o seu uso e, por isso, preocupam-se com a possibilidade de evolução da doença.

Daniellou, Laville e Teiger (1989), confirmaram a impossibilidade de se considerar uma transformação das condições de trabalho sem o conhecimento das características dos funcionários da empresa, bem como dos sistemas técnico-organizacionais por ela mantidos. Na medida em que não existe uma reflexão sobre a atividade que gerou o adoecimento, os fatores envolvidos, as cobranças, os ritmos, enfim, a organização do trabalho na qual os funcionários estavam submetidos, não há mudança efetiva, não há transformação das condições de trabalho.

### **6.3 Qual a dinâmica que envolve a mediação do sofrimento e do prazer, antes, durante e depois do adoecimento?**

A compreensão da psicodinâmica envolvida no processo de retorno ao trabalho evidenciou a dinâmica intersubjetiva do reconhecimento. Os trabalhadores que retornam ao trabalho após o adoecimento por Dort têm sua integridade física fragilizada, mas mantêm expectativas de reconhecimento. Continuam sentindo dores, mas retornam ao trabalho para evitar represálias e perdas salariais. Os administradores, encarregados pela gestão da organização do trabalho, compreendem a situação e buscam alternativas de adaptação da tarefa ao trabalhador, sem condições e instrumentos para julgar o trabalho realizado com base na capacidade física dos funcionários. A organização do trabalho precarizada é um obstáculo à mobilização subjetiva dos trabalhadores nessas condições.

As estratégias de defesa mais utilizadas pelos bancários, segundo a literatura, são o individualismo, a auto-aceleração e a competitividade (Ribeiro, 1999; Borges, 2001; Rocha, 2003). Esses dados foram confirmados nas entrevistas. A auto-aceleração fica evidenciada neste estudo, mas não o individualismo e a competitividade.

O início do adoecimento, marcado por rápidas sensações de choque na mão, é normalmente ignorado pelo trabalhador, às vezes até mesmo durante alguns anos. Os

entrevistados afirmam sentir sintomas de dor, sem a consciência de estarem acometidos pelos Dort. As conseqüências da doença, quando identificada, já marcavam um quadro generalizado de calcificações que, segundo os médicos, produziam as dores. Além disso, nesse estágio da doença, as dores começaram a se alastrar pelos membros superiores.

Neste estudo, identificaram-se diversos fatores de risco associados às falas dos participantes, como trabalho monótono, pressão por resultados, insatisfação com o conteúdo do trabalho e elevada demanda. Contudo, o enfoque está nas conseqüências desses fatores na dinâmica de reconhecimento dos trabalhadores que adoeceram por Dort e retornaram ao trabalho. Mantidas as condições de trabalho, os fatores de risco, como pode o trabalhador desempenhar suas atribuições dentro do que é esperado pela empresa? Como que o trabalhador conseguirá o reconhecimento por sua mobilização e dedicação ao trabalho submetido a uma organização do trabalho que privilegia a produtividade?

O sofrimento é marcado pelo medo, pela insegurança e por sentimentos negativos relacionados ao adoecimento. Que quando a gente está, quando falta o prazer, assim, prazer, desejo. Que quando falta, acho que qualquer coisinha vêm e te atinge (Entrevistado 1).

Observam-se duas dimensões das estratégias de mediação do sofrimento atuando simultaneamente. A dimensão externa, voltada para as necessidades sociais; e a interna, voltada para as pulsões, desejos, sentimentos, frustrações e necessidades pessoais.

O trabalho, principalmente em sua dimensão de relações socioprofissionais, é vivenciado como fonte de prazer. Ele proporciona um espaço social extremamente importante para a manutenção da saúde psíquica dos trabalhadores. Alguns participantes pediram autorização para retornar ao trabalho ao médico avaliador. O aspecto financeiro está presente nesta situação e preocupa os participantes, pois a comissão exercida fica à disposição do administrador após noventa dias de afastamento. A possibilidade de

descomissionamento, associada à situação de fragilidade e, às vezes, incapacidade, em consequência do adoecimento, é razão de preocupação.

Assim, a análise da subjetividade no trabalho revela uma construção relacional entre os trabalhadores e sua realidade de trabalho que oculta sentimentos de insatisfação com o conteúdo da atividade – indignidade, inutilidade, desqualificação e vivência depressiva – mas que, por outro lado, paradoxalmente, os evidencia.

O trabalhador insiste em manter a integridade de sua identidade, apesar dos danos físicos. Na verdade, este estudo revela o embate das pulsões dos entrevistados contra o processo de fragmentação da identidade iniciado pelo adoecimento e suas seqüelas físicas. A crise de identidade pode ocorrer, abrindo caminho para uma descompensação psicopatológica. Esta, por sua vez, tende a levar a um novo afastamento, quando não à aposentadoria.

A dinâmica intersubjetiva do reconhecimento no trabalho (Dejours, 2004, pp. 72-78) é fundamental para a compreensão da psicodinâmica envolvida no processo de retorno ao trabalho destes trabalhadores, pois se refere ao processo de reconstrução da identidade após o adoecimento. Os três elementos envolvidos nesta dinâmica – a subjetividade, a organização do trabalho e o outro – podem ser representados pelo triângulo da psicodinâmica do trabalho. Os trabalhadores que retornam ao trabalho após o adoecimento por Dort têm sua integridade física fragilizada, mas mantêm expectativas de reconhecimento pela dedicação à empresa. Buscam o desenvolvimento pessoal e profissional. O trabalho realizado, porém, já não alcança o nível de produtividade estabelecido pela organização do trabalho. Os administradores, encarregados pela gestão coletiva da organização do trabalho, por mais que compreendam a situação e busquem alternativas de adaptação da tarefa ao trabalhador, não têm instrumentos para julgar o trabalho realizado com base na capacidade física dos funcionários; esses critérios são estabelecidos na própria organização do trabalho.

Este círculo vicioso é um obstáculo à mobilização subjetiva dos trabalhadores nessas condições. Os resultados indicam uma luta dos funcionários que retornam à organização para superar as exigências e pressões do trabalho e conciliá-las com o processo de recuperação da saúde.

Como observaram Pinheiro, Tróccoli e Paz (2002), as empresas criam condições de acesso ao trabalho de pessoas com deficiência, mas não conseguem promover a readaptação ao trabalho de indivíduos acometidos por Dort.

#### **6.4 Qual a dinâmica que envolve a relação trabalho e adoecimento por Dort em bancários que retornaram de licença-saúde por acidente de trabalho?**

Em relação à pergunta geral deste estudo, os resultados demonstram que a dinâmica que envolve a relação trabalho e adoecimento por Dort é marcada pelo uso de diferentes estratégias pelos bancários. Em cada uma das quatro fases do adoecimento, predomina um tipo de estratégia específica para o enfrentamento das vivências de prazer-sofrimento em relação aos Dort e em relação ao trabalho. Além disso, os sintomas característicos de cada fase do adoecimento associam-se ao predomínio dessas estratégias. A partir da análise das categorias-síntese, chegou-se à elaboração de um resumo dos sintomas e das estratégias predominantemente utilizadas pelos entrevistados em relação à doença e ao trabalho ao longo do processo de adoecimento. A Tabela 2 apresenta o quadro-resumo desta dinâmica identificada.

**Tabela 2. Quadro-resumo da dinâmica que envolve a relação trabalho e adoecimento por Dort.**

<b>Fase do Ciclo de Adoecimento</b>	<b>Foco da vivência de sofrimento</b>	<b>Estratégia predominante em relação ao trabalho</b>	<b>Estratégia predominante em relação à doença</b>	<b>Sintomas</b>
<b>Evolução</b>	Organização do trabalho	Mobilização / auto-aceleração	Desconhecimento / negação	Dormência, choques,
<b>Crise</b>	-	Quebra de defesas	Quebra de defesas	Dor aguda
<b>Tratamento</b>	Dort	Medo / insegurança	Enfrentamento	Melhora da dor
<b>Recuperação</b>	Organização do trabalho e Dort	Busca do reconhecimento	Racionalização	Fragilidade e seqüelas

No início do processo de adoecimento, observa-se o uso predominante de estratégias defensivas de racionalização e negação do sofrimento em relação à doença e



de mobilização subjetiva e auto-aceleração em relação à organização do trabalho. Nesta primeira fase, os sintomas são brandos, curtos e em intervalos longos entre eles. As estratégias são utilizadas para mediar as vivências de sofrimento advindas da relação do indivíduo com a organização do trabalho. As dores iniciais dos Dort são negadas, em função da mobilização subjetiva ao trabalho, ou ignoradas, pelo desconhecimento que se tem da doença.

Na fase de crise, há uma quebra de defesas tanto para o enfrentamento da doença quanto para a organização do trabalho. A dor aguda característica desta fase obriga o afastamento imediato e desarma qualquer mecanismo de proteção contra o sofrimento.

Durante o tratamento, os funcionários recuperam suas defesas e se mobilizam para enfrentar a doença. Apesar de estarem afastados do trabalho, o medo e a insegurança em relação ao retorno permanece presente e aumenta gradativamente até a reinserção. O prazo de noventa dias estabelecido pela empresa para a inclusão no QS é motivo de angústia e tensão para o retorno ao trabalho. Aproximando-se deste prazo, os funcionários começam a se preocupar e chegam até mesmo a solicitar alta ao médico perito.

Desta forma, o processo de recuperação normalmente é concluído no ambiente de trabalho.

Esses resultados permitem o esboço de uma representação gráfica do processo de adoecimento. Denominado Ciclo Psicodinâmico do Processo de Adoecimento por Dort, este esquema está representado pelo Gráfico 1.

Descrito inicialmente pelo Entrevistado 2, o Ciclo é representado em um sistema de coordenadas cartesianas. As retas orientadas perpendiculares representam a evolução temporal da doença (eixo das abscissas) e a intensidade da dor (eixo das ordenadas).

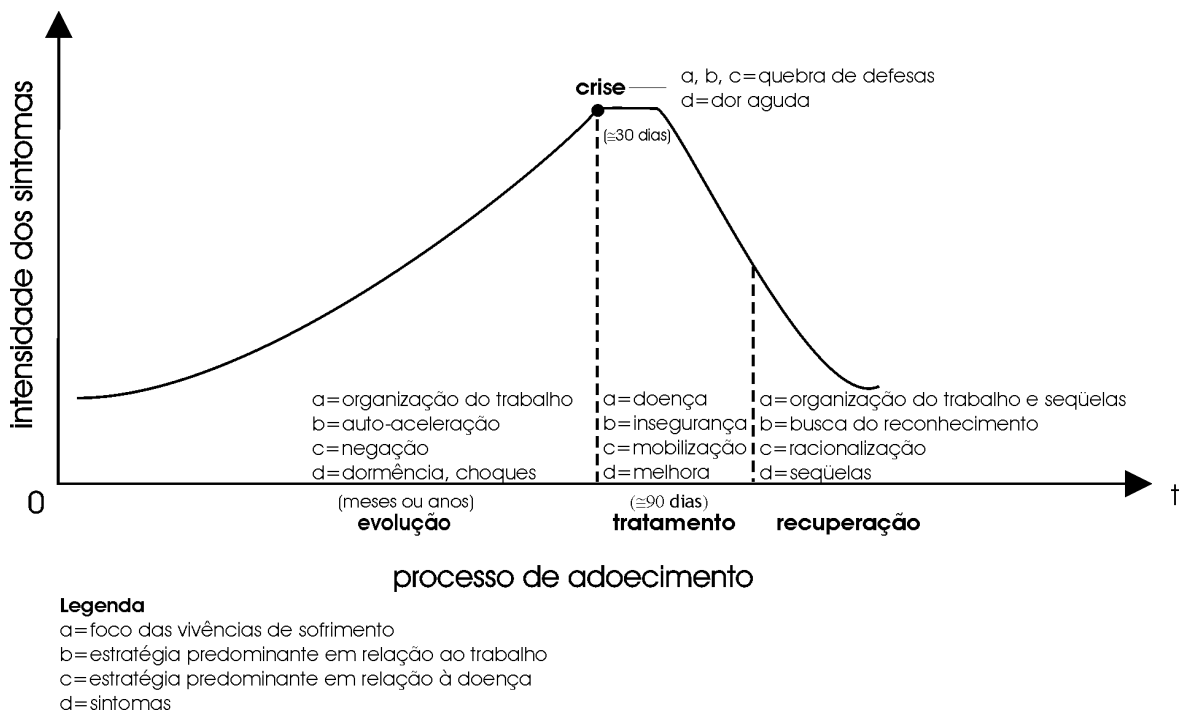
Durante a fase inicial do adoecimento, representada no gráfico pela primeira área, a evolução dos sintomas é lenta. A curva ascendente que representa essa fase é suave, pois os sintomas podem demorar até mesmo alguns anos para atingirem o seu ápice. Nesta fase, podem ocorrer afastamentos curtos. Contudo, sua característica principal é o uso predominante de estratégias de auto-aceleração no trabalho e de negação em relação à doença. Na fase de adoecimento, a organização do trabalho é foco das vivências de sofrimento, mas predomina a mobilização subjetiva dos trabalhadores para a atividade.

A crise é caracterizada com um momento de quebra das defesas contra o sofrimento, tanto da doença, quanto proveniente da organização do trabalho. Trata-se de um momento pontual, mas que é tratada como uma fase da doença pela relevância que adquire no processo de adoecimento. Ela se instala no ápice dos sintomas de Dort, marcando o início da fase de tratamento, e se mantém em nível elevado por aproximadamente um mês, apesar da medicação e fisioterapias.

A fase de tratamento, que se inicia após o afastamento médico, é caracterizada pelo foco na recuperação da saúde. A doença encontra-se em estágio avançado, em função da busca tardia do tratamento. Desta forma, os sintomas demoram para diminuir, o resultado do tratamento não é imediato, aproximadamente um mês. Os funcionários com Dort preocupam-se com a gravidade dos sintomas e mobilizam-se para enfrentar a doença. Realizam o tratamento recomendado, convencional, mas também procuram formas alternativas de enfrentar a doença. Qualquer dica é considerada para trazer alívio e melhora do quadro. Por estarem afastados do trabalho, mas submetidos às regras internas de licença-saúde, sentem medo e insegurança quanto a estabilidade da condição financeira e em relação ao retorno ao trabalho. A fase de tratamento dura aproximadamente noventa dias. A curva descendente acentuada representa a diminuição dos sintomas, principalmente após o primeiro mês.

Em função dos prazos estabelecidos pela empresa, a fase de recuperação ocorre, normalmente, no retorno ao trabalho. A doença é racionalizada. Os funcionários buscam se adaptar às seqüelas e à fragilidade resultante do adoecimento. Por outro lado, permanecem mobilizados para o trabalho, mesmo vivenciando duas fontes principais de sofrimento: a organização do trabalho e os sintomas de Dort.

Os resultados confirmam a hipótese do estudo e destacam a luta dos participantes para superar as exigências e pressões no ambiente de trabalho e obterem o devido reconhecimento, após o afastamento por Dort. Existe uma mobilização para o trabalho que deve ser considerada pela empresa. O desenvolvimento ações que permitam a reintegração desses funcionários à rotina laboral e o restabelecimento físico e emocional pode evitar o agravamento dos casos e o desenvolvimento de sintomas depressivos, resultantes da dor crônica, deve ser considerado.



**Gráfico 1: Ciclo Psicodinâmico do Processo de Adoecimento por Dort.**

O funcionário, enquanto valor de troca para a organização, vale o que produz. Quanto melhor o seu desempenho, maior a remuneração, os benefícios e o reconhecimento (Siqueira, 2003). Esta dinâmica é perversa, no sentido em que se sustenta pela ideologia de exploração do sofrimento (Dejours, 1999b). Para os funcionários que adoecem por Dort, o trabalho representa a fonte de seu sofrimento, mas ainda representa a possibilidade de construção de uma identidade fragilizada. Cabe à empresa considerar esse aspecto e criar mecanismos que protejam a saúde de seus funcionários e que permitam a recuperação da saúde.

Existe ainda o aspecto da mobilização individual. O perfeccionismo, a incessante busca por reconhecimento e a auto-exigência são fatores que intensificam a angústia gerada pela incapacidade. Cabem, nesta situação, as recomendações de Siqueira para uma nova concepção da dinâmica organizacional: aprofundar o autoconhecimento, compreender a origem das necessidades de reconhecimento, refletir sobre o papel da empresa e do trabalho, buscar outras fontes de realização, entender sua inserção na ideologia defensiva e equilibrar as pressões sociais com as necessidades pessoais (Siqueira, 2003).

Um número crescente de pessoas está condenado a fracassar no capitalismo moderno. O homem se beneficia e se torna vítima do trabalho. Esse paradoxo é semelhante para as organizações. Elas se beneficiam do trabalho humano, mas lesionam seus recursos humanos. O poder de ação de que a administração dispõe sobre o destino do sofrimento seja ele criativo ou patogênico a investe ao mesmo tempo de uma responsabilidade cívica, por possuir extrema influência na mesma (Dejours, 1993).

Valorização do ser humano pressupõe respeito à integridade e aos limites da condição humana, construção de laços de confiança e de reconhecimento (Dejours, 1999c).

É necessário um esforço coletivo para garantir a manutenção da mobilização individual desses trabalhadores que adoeceram por Dort e retornaram ao trabalho. Como

não destruí-la? A identidade sustenta-se sobre frágeis pilares. Mas a organização do trabalho, da forma como está estruturada, não tem espaço para acolher a mobilização. Ela quer o corpo saudável do trabalhador e não apenas a sua vontade de contribuir e superar desafios, mesmo sendo co-responsável pelo adoecimento. “No admirável mundo novo das oportunidades fugazes e das seguranças frágeis, as identidades ao estilo antigo, rígidas e inegociáveis, simplesmente não funcionam” (Bauman, 2005). A lógica econômica não permite o reconhecimento de defeitos e falhas na estrutura organizacional, muito menos o sofrimento dos trabalhadores a ela submetidos (Dejours, 1999a). Neste ambiente propício a modismos administrativos, vale tudo para apaziguar acionistas, conquistar cada vez mais clientes externos, aumentar a produtividade e a mais-valia, mesmo que isso represente a exploração da força-de-trabalho pela anulação dos controles sociais (Ferreira e Dal Rosso, 2003).

## 7. CONCLUSÃO

Acho que eu não estou muito bem, mas eu não me entrego nunca  
(Entrevistado 3).

O trabalho é fonte de prazer e sofrimento. Ele expõe os funcionários a tarefas excessivas, repetitivas, rotineiras, sob a pressão de metas e tempos. Contudo, é um meio que promove a identidade e o reconhecimento dos funcionários que retornam de afastamentos por Dort.

Apesar da grande quantidade de informações disponíveis sobre Dort e do conhecimento dos fatores de risco envolvidos no adoecimento, o desconhecimento dos sintomas ainda existe, às vezes até pelo uso de estratégias de negação, utilizadas para protegê-los do sofrimento.

A maioria dos participantes vivencia o trabalho como fonte de prazer e identidade, e o adoecimento como fonte de sofrimento e incapacidade. Os gestores responsáveis pela organização do trabalho não podem ignorar o esforço dos funcionários para cumprirem suas atividades da melhor forma possível, ainda que às custas da integridade física.

As conseqüências físicas e psicológicas dos Dort nos trabalhadores, e em especial em bancários, criam barreiras para a plena atividade laboral em um contexto que exige, cada vez mais flexibilidade, produtividade, competências múltiplas, entre outras. Um conflito com essa realidade do mundo do trabalho precarizado, globalizado e flexível instaura uma crise em relação às possibilidades futuras ou à falta delas. Ter consciência de uma incapacidade ou de uma limitação laboral, ter que conviver com a dor e com o uso intenso e repetitivo dos membros superiores gera incertezas quanto à possibilidade de atender às demandas da organização e, conseqüentemente, ter seu trabalho reconhecido.

A partir do reconhecimento social e subjetivo é que a identidade é construída. Entretanto, em um curto espaço de tempo, o trabalhador passa a integrar a “comunidade” dos afastados por motivo de saúde. O reconhecimento negativo instaura-se com a autopercepção de preguiçoso, fraco e frágil, qualidades rejeitadas pela classe de trabalhadores “saudáveis”.

Os trabalhadores enfrentam uma situação complicada, inseridos em um mercado de trabalho precarizado. Os quadros funcionais são cada vez mais enxutos e as atividades mudam a cada dia.

A dinâmica do reconhecimento é o aspecto primordial envolvido nas vivências dos funcionários que retornam ao trabalho após afastamento por Dort. A mobilização subjetiva mantém os trabalhadores em atividade, mas ela é frágil e pode levar a novos afastamentos. É importante que sejam estabelecidas oportunidades viáveis de reconhecimento aos funcionários que retornam por da licença. Eles insistem em trabalhar mesmo em processo de recuperação da saúde e precisam ser avaliados a partir de suas condições pessoais de desempenho, sob pena de novos afastamentos e, até mesmo, evolução do quadro clínico e incapacidade permanente.

Na dimensão da recuperação da saúde, a reabilitação deve começar ainda na fase de tratamento, mas não se encerra com o término deste. É necessário acompanhar o processo de retorno ao trabalho. Nesse processo, além da equipe de saúde da empresa, devem participar o próprio funcionário, um representante da empresa, profissionais da Unidade de Referência de Reabilitação Profissional (URRP) e, se necessário, o sindicato, para que a realocação seja satisfatória.

Por outro lado, é importante salientar que são muitos os casos de Dort na empresa. Há ainda situações que não são diagnosticadas, ocultas em estratégias defensivas dos funcionários, além de subnotificações para o INSS. O próprio processo de reabilitação profissional promovido por esse Instituto deve ser analisado criticamente.

## 7.1 CONTRIBUIÇÕES E LIMITAÇÕES

Este estudo apresenta contribuições teóricas e práticas. Para a teoria da Psicodinâmica do Trabalho, o Ciclo Psicodinâmico do Processo de Adoecimento por Dort esquematiza o processo de adoecimento, que poderá ser objeto de críticas e evoluções a partir de outros estudos que estabeleçam a relação entre as estratégias de mediação do sofrimento e o ciclo evolutivo de doenças ocupacionais, sejam elas Dort ou mesmo outras.

No aspecto prático e aplicado, a pesquisa identificou o uso de estratégias de mobilização subjetiva para o trabalho de funcionários que adoeceram por Dort e retornaram às atividades laborais. A divisão do trabalho estrutura-se em função das relações socioprofissionais, mas não existe uma intervenção efetiva na organização do trabalho exercido por funcionários que foram acometidos por doenças ocupacionais.

A análise psicodinâmica do processo de retorno ao trabalho após afastamento por Dort permitiu a investigação de um ciclo completo do adoecimento e as vivências de prazer-sofrimento nele envolvidas, preenchendo uma lacuna existente em pesquisas anteriores.

A dificuldade para selecionar participantes com base nos critérios estabelecidos foi um fator limitante da pesquisa. A taxa de reincidência da doença para funcionários afastados por acidente de trabalho é alta e pode ser comprovada pelo levantamento inicialmente realizado.

Outra limitação do estudo pode ser percebida na investigação das percepções e sentimentos em relação à doença antes, durante e após o adoecimento. A metodologia utilizada deveria contemplar mais de uma entrevista para o estabelecimento de maior confiança dos entrevistados para falar de seus sentimentos e coleta de um *corpus* mais consistente para este objetivo específico.



## 7.2 RECOMENDAÇÕES

Este estudo incentiva o desenvolvimento de ações preventivas e de recuperação da saúde ao revelar a situação de funcionários que permanecem mobilizados para o trabalho mesmo após o adoecimento por Dort e mesmo sentindo as conseqüências e seqüelas da doença.

Evidencia-se a necessidade de programa de reabilitação corporativo que ofereça uma atenção aos funcionários expostos a uma organização do trabalho evidentemente nociva à saúde e que estabeleça critérios de acompanhamento e ações de recuperação da saúde de funcionários afastados por Dort. Como foi demonstrado, os sintomas de Dort atingem funcionários de diferentes perfis. Os elementos da organização do trabalho, contudo, são comuns aos cinco casos investigados, principalmente no que se refere a ansiedade para o retorno ao trabalho. É preciso iniciar uma ampla discussão entre os funcionários, sindicatos e empresa sobre a inclusão no quadro suplementar, com o objetivo de buscar uma alternativa viável que resguarde os interesses tanto de funcionários quanto da empresa.

Ainda pensando em uma política contínua e real de prevenção, é preciso um investimento em comunicação para sensibilizar os funcionários dos principais riscos envolvidos na atividade bancária e sintomas dos Dort. O estudo demonstra que, apesar da ampla divulgação que é dada ao assunto, os funcionários ainda desconhecem ou ignoram os sintomas. É preciso considerar o uso de estratégias de defesa, como a negação do adoecimento, que bloqueia a racionalidade prática e adia a busca de tratamento na fase inicial da doença. As entidades coletivas precisam fazer um esforço de conscientização e mobilização para identificar características da organização do trabalho que oferecem riscos à saúde dos trabalhadores e provocar a mudança por meio da pressão coletiva.

No que se refere à construção do conhecimento, vislumbra-se a realização de estudos que investiguem um *corpus* maior de relatos sobre o processo de adoecimento e

que permitam a revisão do ciclo psicodinâmico do processo de adoecimento por Dort ou mesmo a sua construção para outras patologias que acometem os trabalhadores.

## REFERÊNCIAS

- Antunes, R. (2005). A crise contemporânea e as metamorfoses no mundo do trabalho. In R. Antunes. *Adeus ao trabalho?: ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. 10. ed. São Paulo: Cortez.
- Assunção, A. A. e Rocha, I. E. (1993). Agora... até namorar fica difícil: uma história de lesões por esforços repetitivos. In J. T. Büchinelli, L. E. Rocha e R. M. Rigotto (Orgs.), *Isto é trabalho de gente?* São Paulo: Vozes.
- Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barros, P. C. R. e Mendes, A. M. (2003). Sofrimento psíquico no trabalho e as estratégias defensivas dos operários terceirizados da construção civil. *Revista Psico USF*, 8(1), pp. 63-70.
- Bauman, Z. (2005) *Identidade: entrevista a Benedetto Vecchi*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Benevides, M. G. (2002). *“Liberdade é escravidão”: uma visão orwelliana das histórias e das memórias do processo de transformação institucional do Banco do Brasil (1984–2000)*. Fortaleza: Gráfica LCR.
- Blanch Ribas, J. M. (2003). Trabajar en la modernidad industrial. In J. M. Blanch Ribas (coord.), *Teoría de las relaciones laborales: fundamentos* (pp. 19–148). Barcelona: Editorial UOC.
- Borges, L. H. (2001). *Sociabilidade, sofrimento psíquico e lesões por esforços repetitivos entre caixas bancários*. Brasília: Fundacentro – Ministério do Trabalho e Emprego.
- Brasil (1991). *Lei 8.213, de 24 de julho de 1991, dispõe sobre os Planos de Benefícios da Previdência Social e dá outras providências*. Brasília: Diário Oficial (da) República Federativa do Brasil, 14.08.1998.
- Brasil (1998). *Ordem de Serviço/INSS nº 606, de 05 de agosto de 1998, aprova a norma técnica sobre Distúrbios Osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort)*. Brasília: Instituto Nacional de Seguridade Social.
- Brasil (1999). *Decreto 3.048, de 06 de maio de 1999, aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências*. Brasília: Ministério da Previdência Social.
- Brasil (2000). *Lesões por esforços repetitivos (LER)/Distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort)*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2001). *Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil (2003). *Anuário estatístico de acidentes do trabalho 2003*. Brasília: Ministério da Previdência Social – MPS

- Brasil (2006). *Decreto 5.844, de 13 de julho de 2006, acresce parágrafos ao art. 78 do Regulamento da Previdência Social, aprovado pelo Decreto no 3.048, de 6 de maio de 1999*. Brasília: Ministério da Previdência Social.
- Castells, M. (2005). A transformação do trabalho e do mercado de trabalho: trabalhadores ativos na rede, desempregados e trabalhadores com jornada flexível. In *A sociedade em rede* (pp. 265–412). São Paulo: Paz e Terra.
- Castro-Silva, L. M., Machado Neto, N. R., Vieira Neto, O. et al. (2005). *An epidemiological research of a Brazilian banking corporation using medical records of sickness absence*. Sessão oral conduzida na The Second ICOH International Conference on Psychosocial Factors at Work, Okayama, Japão. Acesso em 24.07.2006, <http://eisei.med.okayamau.ac.jp/wops2005/e/eindex.htm>.
- Chanlat, J.-F. (1993). Por uma antropologia da condição humana nas organizações. In O. L. S. Torres (org.), *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas* (pp. 21–46). São Paulo: Atlas.
- Coelho, C.L. (1997). Subjetividade, poder e organização do trabalho. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 1(49), 70-84.
- Cruz, R. M. (2004). Distúrbios musculoesqueléticos, processos de trabalho e cultura organizacional. In A. Tamayo (org.), *Cultura e saúde nas organizações*. Porto Alegre: ArtMed.
- Daniellou, F., La Ville, A. e Teiger, C. (1989). Ficção e realidade do trabalho operário. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 17(68), pp.7-13.
- Dejours, C. (1987). *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez.
- Dejours, C. (1993). Uma nova visão do sofrimento humano nas organizações. In O. L. S. Torres (org.), *O indivíduo na organização: dimensões esquecidas* (pp. 149-174). São Paulo: Atlas.
- Dejours, C. (1999a). *A banalização da injustiça social*. Rio de Janeiro: FGV.
- Dejours, C. (1999b). *Conferências brasileiras: identidade, reconhecimento e transgressão no trabalho*. São Paulo: FUNDAP/FGV.
- Dejours, C. (1999c). *O Fator Humano* (2ª ed). Rio de Janeiro: FGV.
- Dejours, C. (2000). Nouvelles formes d'organisation du travail et lésions par efforts répétitifs: approche par la psychodynamique du travail. Em L. I. Sznelwar e L. Zidan (orgs.), *Trabalho humano com sistemas informatizados no setor de serviços*, (pp. 183-196). São Paulo: Plêiade.
- Dejours, C. (2004). Addendum. In S. Lancman e L. I. Sznelwar (orgs.), *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho* (pp. 47–104). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, Brasília: Paralelo 15.
- Dejours, C., Abdouchelli, E. e Jayet, C. (1994). *Psicodinâmica do trabalho: contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. M. L. S Bertol (Coord.). São Paulo: Atlas.

- Dejours, C., Dessors, D., Desrioux, F. (1993). Por um trabalho, fator de equilíbrio. *Revista de Administração de Empresas*, 33(3), 98-104.
- Dieese (1997). *Reestruturação produtiva reduz emprego nos bancos*. Acesso em 15.10.2005, <http://www.dieese.org.br/esp/estjul97.xml>.
- Dieese (2001). *Os rostos dos bancários: mapa de gênero e raça do setor bancário brasileiro*. Acesso em 29.05.2006, [http://www.dieese.org.br/esp/estudos\\_perfis.xml](http://www.dieese.org.br/esp/estudos_perfis.xml).
- Ferreira, M. C. (1997). Conflito de interação instrumental e falência cognitiva no trabalho bancário informatizado. *Produção*, 2, 203-219.
- Ferreira, M. C. (2003). O sujeito forja o ambiente, o ambiente "forja" o sujeito: mediação indivíduo-ambiente em ergonomia da atividade. In M. C. Ferreira e S. Dal Rosso (Org.) *A regulação social do trabalho*. Brasília: Paralelo 15, 2003. p. 21-46.
- Ferreira, M. C. e Dal Rosso, S. (2003). *A regulação social do trabalho*. Brasília: Paralelo 15.
- Ferreira, M. C. P. (2001). Bancários portadores de distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho e identidade profissional. *Estudos*, 28(4), 749-781.
- Ferreira, M. C. e Mendes, A., M. (2001). "Só de pensar em vir trabalhar, já fico de mau humor": atividade de atendimento ao público e prazer-sofrimento no trabalho. *Estudos de Psicologia*, 6(1), 93-104.
- Ferreira, M. C. e Mendes, A. M. (2003). *Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos auditores-fiscais da Previdência Social brasileira*. Brasília: Ler, Pensar, Agir.
- Forrester, V. (1997). *O horror econômico*. São Paulo: Universidade Estadual Paulista.
- Fortuna, E. (2002). *Mercado financeiro: produtos e serviços* (15ª ed). Rio de Janeiro: Qualitymark.
- Harvey, D. (2005). *Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural*. São Paulo: Edições Loyola.
- Jinkings, N. (2002). *Trabalho e resistência na "fonte misteriosa": os bancários no mundo da eletrônica e do dinheiro*. Campinas: Editora da Unicamp.
- Larangeiras, S. M. G. (1997). Reestruturação produtiva no setor bancário: a realidade dos anos 90. *Educação e Sociedade*, 61(18), 210-223.
- Lima, M. E. A. (1998). A LER no setor bancário. In Lima, M. E. A.; Araújo, J. N. G.; Lima, F. P. A. *LER: dimensões ergonômicas e psicossociais*. Belo Horizonte: Health.
- Lunardi-Filho, W. D. e Mazzilli, C. (1996). O processo de trabalho na área de enfermagem: uma abordagem psicanalítica. *Revista de Administração*, 31(3), 63-71.
- Martins, S. R. (2002). *A histeria e os Dorts: expressões do sofrimento psíquico de uma época*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Santa Catarina.

- Mendes, A. M. (1996). Comportamento defensivo: uma estratégia para suportar o sofrimento no trabalho. *Revista de Psicologia*, 13(1/2), 27-32.
- Mendes, A. M e Abrahão, J. L. (1996). Organização do trabalho e vivências de prazer-sofrimento no trabalho: abordagem psicodinâmica. *Revista Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(2), 170-184.
- Mendes, A. M. e Cruz, R. M. (2004). Trabalho e saúde no contexto organizacional: vicissitudes teóricas. In A. Tamayo (org.), *Cultura e saúde nas organizações*. Porto Alegre: ArtMed.
- Mendes, A. M. e Morrone, C. F. (2002). Vivências de prazer-sofrimento e saúde psíquica no trabalho: trajetória conceitual e empírica. In A. M. Mendes, L. O. Borges e M. C. Ferreira (orgs.), *Trabalho em transição, saúde em risco*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- Mendes, A. M. e Tamayo, A. (2001). Valores organizacionais e prazer-sofrimento no trabalho. *Psico-USF*, 6(1), 39-47.
- Mendes, A. M. B., Costa, V. P. e Barros, P. C. R. (2003). Estratégias de enfrentamento do sofrimento no trabalho bancário. *Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 3(1), p. 59-72.
- Merlo, A. R. C. e Barbarini, N. (2002). Reestruturação produtiva no setor bancário brasileiro e sofrimento dos caixas executivos: um estudo de caso. *Psicologia e Sociedade*, Porto Alegre, v. 14, n. 1.
- Merlo, A. R. C., Vaz, M. A., Spode, C. B. et al. (2003). O trabalho entre prazer, sofrimento e adoecimento: a realidade dos portadores de lesões por esforços repetitivos. *Psicologia & Sociedade*, 15(1), p.117-136.
- Morrone, C. F. (2001). "Só para não ficar desempregado." *Resignificando o sofrimento psíquico no trabalho: estudo com trabalhadores em atividades informais*. Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Oliveira, R. M. R. (2001). *A abordagem das lesões por esforços repetitivos/distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho – LER/Dort no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Espírito Santo – CRT/ES*. Dissertação de mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública, 143 p.
- Pinheiro, F. A., Tróccoli, B. T. e Paz, M. G. T. (2002). *Aspectos psicossociais dos distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort/LER)*. In A. M. Mendes, L. O. Borges e M. C. Ferreira (orgs.), *Trabalho em transição, saúde em risco*. Brasília: Editora Universidade de Brasília.
- Ponte, J. R. T. (2004). "Fragmentação do saber e simplificação do trabalho bancário na nova ordem do capital: a experiência do Banco do Brasil". Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza.
- Resende, S. (2003). *Valores individuais e vivências de prazer e sofrimento em bancários de instituições públicas e privadas*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.

- Ribeiro, H. P. (1999). *A violência oculta do trabalho: as lesões por esforços repetitivos*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Rocha, S. R. A. (2003). "O pior é não ter mais profissão, bate uma tristeza profunda": sofrimento, distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho e depressão em bancários. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Rodrigues, L. C. (2004). *Metáforas do Brasil: demissões voluntárias, crise e rupturas no Banco do Brasil*. São Paulo: Annablume; Fapesp.
- Ros, M., Schwartz, S. e Surkiss, S. (1999). Basic Individuals values, work values, and the meaning of work. *Applied Psychology – An International review*, 48(1), 49-71.
- Sampaio, R. F., Navarro, A. I. G. e Martin, M. M. (1999). Work-related disabilities and workers' difficulties in rejoining the labor market. *Cadernos de Saúde Pública*, 15(4), p.809-815.
- Sato, L. (2001). LER: objeto e pretexto para a construção do campo trabalho e saúde. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(1), 145-152.
- Segnini, L. R. (1999). Reestruturação nos bancos no Brasil: desemprego, subcontratação e intensificação do trabalho. *Educação e Sociedade*, 20(67), 183-209.
- Seligmann-Silva, E. (1992). A inter-relação trabalho-saúde mental: um estudo de caso. *Revista de Administração de Empresas*, 32(4), 70-90.
- Sennett, R. (1999). *A corrosão do caráter: conseqüências pessoais do trabalho no novo capitalismo*. Rio de Janeiro: Record.
- Siqueira, M. V. S. (2003). Imaginário organizacional moderno e melhores empresas para se trabalhar. In *Iberoamerican Academy of Management*. São Paulo-SP.
- Uchida, S. (1998). Trabalho informatizado e sofrimento psíquico. *Psicologia USP*, 9(2), 179-204.